Rok IV Seria II Kraków Nr 12 (15. VI. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Wrocławskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 586-69
Konto P. K. O. Nr IV-310

Prenumerata kwartalna: 600 zł.

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie — Redaktor odpowiedzialny: dr B. Gièdosz

TREŚĆ:

CONTENTS:

Rok IV Seria II Kraków Nr 12 (15. VI. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

Dr Roman MIREK Kraków

O chorobie gośćcowej mózgu

Z Odziału I B. Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie. — Ordynator: Prof. dr Edward Szczeklik.

I

Już spostrzeżenia klinicystów z pierwszej połowy XIX w. dowiodły, że tzw. gorączka gośćcowa może być powikłana objawami neurologicznymi. Wtedy to opisano zespół chorobowy, nazwany gośćcowym zapaleniem opon mózgowych. Pierwszymi autorami, którzy zwrócili uwagę na udział ośrodkowego układu nerwowego w gośćcu, byli Sydenham, Boerhave, Stall, Kudamore, Villeneuve, Rostan, Audral i wielu innych. W drugiej połowie ubiegłego wieku zagadnienie to opracowali Vigla i Gubler, Ollivier, Ranvier i wielu innych. W nowszych czasach zagadnieniem tzw. gośćca mózgowego zajmowali się Francuzi, a przede wszystkim Amerykanie.

Choroba gośćcowa mózgu jest pojęciem czysto klinicznym, choć Amerykanie w ciągu ostatniej wojny próbowali wyodrębnić pewne dla gośćca charakterystyczne zmiany w mózgu. Klinicznie może przebiegać w formie ostrej, podostrej lub pod postacią późnych następstw mózgowych. Rozpoznanie ostrej choroby gośćcowej mózgu jest szczególnie trudne, gdy brak jest innych objawów gośćcowych, łatwe jest natomiast u chorych z wyraźnymi schorzeniami gośćcowymi, zwłaszcza ze zmianami w sercu. Pierwsze objawy mogą się pojawić ostro jeszcze przed wystąpieniem np. zmian stawowych albo też wtedy, gdy ich jeszcze napewno rozpoznać nie można.

Obraz chorobowy ostrego gośćca mózgu cechują wysoka ciepłota, choć czasem ciepłota ciała może nie przekraczać 38° C, podniecenie ruchowe, dezorientacja, stany lękowe, a nawet psychotyczne, pocenie się, bladość lub zaczerwienienie twarzy i suchość języka, balonowate wzdęcie brzucha, powierzchowny oddech oraz objawy sercowe w postaci delikatnych szmerów lub głuchych tonów oraz zmiany stawowe.

Na pierwszy plan wybijają się jednak zmiany psychoruchowe. Podniecenie ruchowe może być tak wielkie, że przychodzi do zupełnego bezładu ruchowego. Objawy psychotyczne, przejawiające się w postaci delirium nie są wcale swoiste dla choroby gośćcowej mózgu. W okresie psychotycznym przeważa stan zamroczenia, na tle którego w zależności od głębokości zamroczenia rozwijają się przeżycia i wyobrażenia fantastyczne i omamy. Treścią ich są przeważnie przeżycia śmierci, na które chorzy reagują podnieceniem, gwałtownością i agresywnością. Często jednak chorzy są lękliwi, bojaźliwi i depresyjni. Wydaje się im, że umierają lub już umarli, biorą udział we własnym pogrzebie i smucą się razem z rodziną. Autorzy francuscy J. Cathala, E. Friedman i J. Laplane, opierając się na obserwacjach własnych i dawniejszych autorów, jak np. Mesnet'a, Griesinger'a, Rosenthal'a, Burrows'a, Bourdon'a, Ollivier'a i Ranvier'a, Besnier'a, Vigl'i, Trousseau'a i innych, określili ten stan jako „délire de mort" i uważali go za charakterystyczny dla choroby gośćcowej mózgu. Lecz deliria o podobnej treści przeżyć można spotkać w innych stanach toksycznych lub zakaźnych ośrodkowego układu nerwowego. Targovla opisał psychozy w przebiegu zapalenia mózgu, które przypominają ostre delirium z myślą o nadchodzącej śmierci albo o śmierci już zrealizowanej.

Ostatnie doniesienia autorów francuskich i amerykańskich świadczą, że treść przeżyć majaczeniowych może być różna, choć najczęściej przybiera zabarwienie lęku i depresji. Obraz psychotyczny może być ostry lub podostry, przy czym jest on niezależny od wysokości ciepłoty ani od zmian ogólnych, zależnych od czynników zakaźnych i toksycznych w przebiegu gośćca stawowego. Pribram opisał psychozy w przebiegu gośćca stawowego bez podwyższonej ciepłoty ciała.

Niemal wszystkie przypadki ostrej choroby gośćcowej ustępują całkowicie. W wyjątkowych wypadkach pozostają pewne luki intelektualne. Charakterystycznym jest może to, że po przebyciu stanu majaczeniowego chorzy mają częściową amnezję doznanych przeżyć.

Jeżeli objawy psychotyczne wybijają się na pierwszy plan, to zmiany neurologiczne są skąpe lub ich brak zupełnie. Z objawów tych należy wymienić przede wszystkim ruchy choreatyczne lub atetotyczne, myoklonie, objawy uszkodzenia jąder podstawowych. Płyn mózgowo-rdzeniowy jest jasny, przejrzysty, o prawidłowej zawartości białka i pleocytozie. Cathala, Friedman i Laplane wykazali, że płyn mózgowo-rdzeniowy nie był całkowicie bez zmian. Znajdywali w płynie mózgowo-rdzeniowym zmniejszoną zawartość cukru, a w przypadkach gwałtownie przebiegających i bardzo zaawansowanych zwiększenie się zawartości cukru. Fakt ten byłby przeciwieństwem do zwiększenia zawartości cukru w nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, w którym przecież stany majaczeniowe są zjawiskiem prawie z reguły spotykanym. Ci sami autorzy stwierdzili hipochloremię z obniżeniem się stosunku erytrocytów do osocza, a więc

wzrost w kierunku alkalozy prawdopodobnie wskutek zmniejszenia się przewietrzania płuc.

Zmiany anatomo-patologiczne w przebiegu ostrej choroby gośćcowej mózgu nie są swoiste ani mikro ani makroskopowo. Zmiany w mózgu są podobne do zmian spotykanych w ostrych zakażeniach i toksemiach, przy czym obrzęk mózgu odgrywa pewną rolę w powstawaniu ostrych objawów. W i n k e l m a n znalazał endarteritis obliterans drobnych naczyń krwionośnych mózgu, podobnych zresztą do zmian opisywanych w kile przez N i s s l a i A l z h e i m e r a, a które uważa za następstwo albo procesu mechanicznego obrzęku mózgu albo odczynu toksycznego. Znalazł również w korze mózgowej ogniska rozmiękczynowe, opisywane przez B r u e t s c h a w przewlekłej chorobie gośćcowej mózgu. Wykrył zresztą takie ogniska, które nie dały się odróżnić od innych ognisk zakaźnych lub toksemicznych.

Przypadki własne: 1) Chora Zofia M. lat 29, Nr dz. Oddz. I B. 461/47. W drugiej połowie lipca br. pojawiły się bóle w stawach rąk i nóg ze stanami podgorączkowymi. W połowie sierpnia objawy chorobowe nasiliły się znacznie, gorączka podwyższyła się ponad 39° C. W tym to czasie pojawiły się pierwsze objawy psychotyczne. Dni i noce spędzała bezsennie, była zamroczona, majaczyła w dzień i noc. Treścią majaczeń były przeżycia śmierci własnej i nie żyjącej już matki. Pojawił się lęk, który przejawiał się uczuciem zamierania w całym ciele i przeświadczeniem zbliżającej się śmierci. W trwodze i niepokoju żegnała się z rodziną i sporządzała ostatnią swą wolę, dzieląc przedmioty codzienego użytku pomiędzy siostrę i brata. Raz nawet w swych majaczeniowych widziadłach wspominała o plakatach, powiadamiających dzień jej pogrzebu. Omamy te były często przeplatane wizją śmierci matki. Widziała matkę leżącą na wozie ze sianem i dziwiła się, że kondukt pogrzebowy nie może się zbliżyć do cmentarza. Skarżyła się, że jest małą sierotką i że musi teraz umrzeć za matką. Rysów depersonalizacji nie zdradzała. Poza przelotnym podnieceniem ruchowym była raczej apatyczna i depresyjna. W tym stanie została przyjęta na Oddział I B w dniu 19 sierpnia br. W dniu przyjęcia gorączkowała do 39.8° C, wykazywała podniecenie psychoruchowe z majaczeniami. Stany zamroczenia występowały raczej wieczorami. W ciągu dnia można było się z chorą porozumieć, choć nie zawsze się to udawało. Przeżycia majaczeniowe były podobnej treści, jak przed przyjęciem na oddział.

Badanie internistyczne: chora robi wrażenie ciężko chorej, zamroczonej i majaczącej, kontakt słowny utrudniony, zachowuje się, jak opisano powyżej. Skóra blada, wilgotna, wiotka, w miejscach zaś zmienionych stawów napięta i bolesna. Ogólna przeczulica skóry, na podniety takie, jak lekkie ukłucie reaguje bólem i obroną. Migdałki średnio duże, rozpulchnione, zaczerwienione. Błony śluzowe jamy ustnej blado różowe z sinawym odcieniem. Język podsychający. Tarczyca nie powiększona. Gruczoły chłonne niemacalne. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana. Oddechy powierzchowne, przyspieszone. Płuca opukowo i osłuchowo bez zmian. Uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrzu na lewo od linii śródobojczykowej. Brak nieprawidłowych tętnień. Granice serca opukowo poszerzone w lewo do linii pachowej przedniej, ku górze do wysokości III żebra, granica prawa na 1 palec na zewnątrz od linii mostkowej prawej. Osłuchowo I ton pokryty szmerem skurczowym, najlepiej słyszalnym nad koniuszkiem. II ton czysty, nad podstawą serca wzmożony. Tętno 106 na minutę, miarowe, lecz dość słabo napięte. Ciśnienie krwi 115/75 mm Hg. Stawy śródpalcowe obu rąk obrzękłe, rozpulchnione, bolesne na ucisk i przy próbach ruchu. Oba stawy nadgarstkowe silnie obrzękłe, jakby usztywnione odruchowo z powodu bólu, obrysy tych stawów zamazane i rozlane, wyczuwa się chełbotanie płynu wysiękowego, choć nie w dużej ilości. Stawy kolanowe i skokowe zniekształcone, obrzękłe, lecz nie w tej samej mierze, co nadgarstkowe. Inne stawy niezmienione. Pozostałe narządy wewnętrzne bez zmian.

Badanie neurologiczne: źrenice i odruchy świetlne w normie. Nerwy czaszkowe bez zmian. Mimika twarzy nieznacznie upośledzona. Obie kończyny górne w stawach łokciowych przykurczone pomimo braku zmian stawowych. Toniczne napięcie mięśni zginających, ograniczające wydatnie ruchy wyprostne i zginające, przy czym napotyka się opór zębatego koła przy ruchach biernych. Odruchy ścięgnowe wzmożone, okostnowe znacznie słabsze. Odruchów patologicznych brak. Rozpoczynające się zaniki mięśniowe na obu łopatkach oraz kłębach palców i międzykostnych. Odruchy brzuszne w normie. Kończyny dolne przykurczone w stawach kolanowych, obrzękłe i bolesne. Ruchy bierne na skutek tonicznego napięcia i obrzęków znacznie ograniczone i bolesne. Zaniki mięśni czterogłowych, obu łydek i międzykostnych na stopach. Odruchy kolanowe i piętowe bardzo żywe i równe. Odruchów patologicznych brak. W palcach rąk i nóg wybitne ruchy atetotyczne. Ruchy atetotyczne obu paluchów naśladują objaw Babińskiego. Ruchów choreatycznych brak. Objawów oponowych nie stwierdza się. Poza tym neurologicznie bez zmian. Stan psychiczny, jak podano powyżej.

Badanie dodatkowe: badanie elektrokardiograficzne wykazało uszkodzenie mięśnia sercowego. Radiologicznie serce poszerzone w zakresie komory lewej, typu mitralnego bez powiększenia przedsionka lewego o cechach zmian mięśniowych. Hemoglobiny 56%, krwinki czerwone 2,660.000, krwinki białe 6.700, wskaźnik 1.08. Obraz krwi: obojętnochłonne 80%, limfocyty 12%, kwasochłonne 4%, monocyty 3% pałeczkowe 1%. Opadanie krwinek: po 1 godzinie 130, po 2 godzinach 134, średnia 128. Mocz o odczynie zasadowym, ślad białka, w osadzie poszczególne krwinki czerwone. Odczyn Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny. Dwukrotne posiewy krwi po 24, 48 i 72 godzinach jałowe. Odczyny Weila i Widala ujemne. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez odchyleń od nor-

my. Ilość białka całkowitego i globulinów prawidłowa. Pleocytoza 5/3.

Chorej podawano 3 g dziennie salicylanu sodu doustnie i 1 g w zastrzyku. Ponieważ ciepłota utrzymywała się na wysokości 39° C dodano jeszcze 5 g dziennie sulfathiazolu, lecz stan somatyczny i psychiczny nie poprawił się. Wobec tego w 12. dniu od przyjęcia do szpitala podano penicylinę w ilości 300.000 jednostek dziennie. Po 4 dniach ciepłota poczęła opadać, a stany zamroczenia i majaczenia uległy znacznej poprawie, lecz zmiany w stawach niewiele się poprawiły. W ciągu 10 dni podawano 3,200.000 jednostek penicyliny. W końcowym wyniku stan ogólny poprawił się o tyle, że ciepłota utrzymywała się w granicach stanów podgorączkowych, stany zamroczenia i majaczenia ustąpiły prawie zupełnie, lecz obrzęki w stawach utrzymywały się nadal, choć o mniejszym nasileniu. W 23. dniu pobytu na oddziele ciepłota podskoczyła znowu do 38° C, a zmiany w stawach zaostrzyły się ponownie. Pogorszenie somatyczne nie wywołało zaostrzenia stanu psychotycznego. Chorej podano 2 g Causythu i 3 g salicylu dziennie. W 35. dniu ciepłota, obniżając się powoli, opadła do normy. Wszystkie objawy psychotyczne ustąpiły, obrzęki w stawach znacznie się zmniejszyły. Kontrolne badania neurologiczne, przeprowadzone w międzyczasie, wykazały znaczną amnezję przeżyć chorobowych. Przyznaje, że wydawało się jej, że umierała i widziała matkę. Z objawów somatycznych większość ustąpiła zupełnie. Napięcie mięśniowe znacznie się zmniejszyło, lecz opór zębatego koła utrzymywał się nadal. Odruchy ścięgnowe i okostnowe bardzo żywe. Z odruchów patologicznych przejściowo pojawił się w lewej kończynie górnej Rossolimo, a w prawej kończynie dolnej Mendel-Bechterew. Po dłuższym drażnieniu obu podeszew można było sprowokować przemijające ruchy atetotyczne.

Od czasu ustąpienia gorączki chora poczęła szybko powracać do zdrowia. Zmiany stawowe poczęły szybko się cofać. Opadanie krwinek czerwonych wybitnie się zmniejszyło: po 1 godzinie 40, po 2 godzinach 92, średnia 43. Samopoczucie coraz lepsze, powoli zaczyna zapominać o przebytych cierpieniach moralnych i fizycznych. Wszystkie objawy neurologiczne ustąpiły zupełnie. Jedynie w sercu jeszcze do końca utrzymywał się szmer skurczowy. W tym stanie chora opuściła oddział w dniu 14. X. br. z rozpoznaniem: polyarthititis rheumatica acuta, insufficientia mitralis compensata, endocarditis, psychosis symptomatica in decursu morbi.

2) Chory Franciszek F. lat 28, Nr dziennika Oddz. I C 542/47 (Ordynator Prof. Dr J. Kostrzewski). Pod koniec września br. chory nagle zagorączkował do 39° C, pojawiły się bóle i obrzęki w stawach kolanowych, nadgarstkowych i palcowych. Z tego powodu był leczony w szpitalu w Szczecinie, gdzie po 10 dniach leczenia ciepłota opadła, a obrzęki w stawach znacznie się zmniejszyły. Ponieważ czuł się dobrze opuścił szpital na własne żądanie i przyjechał do Krakowa. W kilka dni później wystąpił nawrót choroby. Obrzęki i bóle w tych samych stawach pojawiły się z powrotem, zagorączkował do 39° C. W dwa dni potem ciepłota podskoczyła jeszcze wyżej — do 40° C. Chory zmienił się w swym zachowaniu, stał się lękliwy, depresyjny, potem zamroczony zwłaszcza w nocy, aż wreszcie zaczął majaczyć. Wydawało mu się, że umiera, że śmierć stoi przy nim. Ciągle powtarzał, że mu krew w żyłach stygnie, żegnał się z rodziną, kazał sobie przynieść i zapalić gromnicę i modlić się za swoją duszę. Kwiaty i krzewy przyniesione do pokoju z ogrodu uważał za zerwane z cmentarza. W tym stanie przywieziony został na Oddział I C. W czasie przyjęcia, kiedy go rozbierano i posadzono na krześle, aby go przygotować do kąpieli, podniecił się i krzyczał, że go sadzają na krzesło elektryczne, aby go stracić.

Badanie internistyczne: zamroczony, apatyczny, kontakt słowny utrudniony. Skóra blada i wilgotna. Błony śluzowe bladoróżowe z sinawym podbarwieniem. Migdałki nie zaczerwienione. Gruczoły chłonne niemacalne. Płuca osłuchowo i opukowo bez zmian. Uderzenie koniuszkowe nieco na lewo od linii śródobojczykowej. Serce opukowo nieco na lewo poszerzone, prawa i górna granica w normie. I ton osłuchowo pokryty szmerem delikatnym, najlepiej słyszalnym nad koniuszkiem. II ton czysty, nad podstawą wzmożony. Tętno 100 na min., dość dobrze napięte, miarowe. Ciśnienie krwi 110/70 mm Hg. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Stawy nadgarstkowe obrzękłe i bolesne, obrysy stawów zatarte, skóra napięta i wygładzona. Stawy palcowe również podobnie zmienione, lecz w mniejszym stopniu. Największym zmianom uległy stawy kolanowe z powodu wysięku miernych rozmiarów. W pozostałych narządach nie stwierdzono klinicznie zmian.

Badanie neurologiczne nie wykazało zmian przedmiotowych. Psychiatrycznie stwierdzono zamroczenie i stany majaczeniowe. Treścią ich były przeżycia zbliżającej się śmierci. Wskazywał na rękę, mówiąc, że mu żyły znikają, a to początek konania. Zwidywało się mu, że ktoś stoi za oknem, przywoływał rodzinę, aby była przy nim.

Poza niepokojem ruchowym brak podniecenia. Stany majaczeniowe pojawiają się przede wszystkim wieczorami i w nocy, w ciągu dnia kontakt przeważnie daje się utrzymać.

Badanie elektrokardiograficzne przemawia za uszkodzeniem mięśnia sercowego. Odczyny Weila i Widala oraz Wassermanna ujemne. Brak wybitniejszych zmian w obrazie krwi obwodowej. Odczyn Biernackiego: po 1 godzinie 70, po 2 godzinach 90, średnia 57.5.

W ciągu tygodniowego podawania 4 g salicylanu sodu doustnie i 1 g dożylnie stan majaczeniowy szybko począł ustępować, a nieco wolniej zmiany stawowe. Po 3 tygodniach chory opuścił oddział jako zdrowy z rozpoznaniem: polyarthritis rheumatica acuta, endocarditis, psychosis symptomatica in decursu morbi.

Opisane powyżej dwa przypadki przedstawiają typowy obraz ostrej choroby gośćcowej mózgu. Obraz psychotyczny w postaci stanów majaczeniowych, których treścią są przeżycia śmierci roz-

winął się w tak jednym, jak drugim przypadku w przebiegu ostrego procesu gośćcowego, przebiegającego z zajęciem stawów i zmianami zapalnymi na zastawkach, które doprowadziły do wady serca, również niewątpliwie gośćcowego pochodzenia. Związek przyczynowy między obrazem psychotycznym a współistniejącym zapaleniem stawów zdaje się nie ulegać wątpliwości. O gośćcowym pochodzeniu świadczy również uzyskany wynik leczniczy. W drugim przypadku pod wpływem przetworów salicylu w ciągu 10 dni ustąpiły objawy psychotyczne, a niedługo potem cofnęły się zmiany stawowe. W pierwszym przypadku podawanie przetworów salicylowych początkowo pozostało bez wpływu na stan psychiczny i somatyczny. Wpływ penicyliny zaznaczył się częściowo spadkiem gorączki, który z kolei doprowadził do znacznie mniejszego nasilenia się zamroczenia i stanów majaczeniowych, podczas gdy zmiany w stawach i w sercu tylko niewiele się poprawiły, co więcej, nie długo potem uległy ponownemu zaostrzeniu ze wzrostem ciepłoty ciała. Dopiero pod wpływem salicylu i Causythu sprawa chorobowa uspakaja się i przychodzi do ustąpienia zmian psychicznych, objawów uszkodzenia mózgu oraz stanu zapalnego stawów. W tymże przypadku objawy neurologiczne w postaci ruchów atetotycznych i wzmożenia napięcia mięśniowego z przelotnie zaznaczonymi odruchami patologicznymi świadczą o uszkodzeniu mózgu. Hiperkinezę w postaci spazmów mięśniowych i ruchów atetotycznych należy w tym wypadku uważać za wyraz uszkodzenia neostriatum. Objawy psychotyczne są niewątpliwie pochodzenia korowego. Trudno jednak określić, czy i w jakiej mierze uszkodzenia striatum miało wpływ na obraz majaczeniowy, a przede wszystkim na stany afektywne, czy istnieje korelacja pomiędzy czynnościami ruchowymi i psychicznymi, jeśli się przyjmie, że striatium jest ośrodkiem zespołowych czynności psychicznych, przede wszystkim natury afektywnej oraz czy powstawanie silniejszych stanów afektywnych jest w związku z tą współzależnością psychiki i motoryki.

II

Daleko żywsze zainteresowanie budzi przewlekła choroba gośćcowa mózgu i to zarówno ze stanowiska klinicznego, jak i anatomo-patologicznego. Co więcej, rzuca nowe światło na problem schizofrenii, która dotąd niemal powszechnie uznawana była za psychozę konstytucjonalną, poza tym zwraca uwagę na rolę ośrodkowego układu nerwowego w powstawaniu i rozwoju gośćca stawowego, na kształtowanie się pewnych organicznych objawów, będących wyrazem uszkodzenia ośrodków ruchowych podkorowych, ośrodków regulacji wydzielania, przemiany materii oraz czynności hormonalnych.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę w Ameryce na występowanie gośćcowego zapalenia zarostowego tętniczek w mózgu osób z wadami zastawkowymi serca pochodzenia gośćcowego. Zmiany te znajdowano w małych naczyniach oponowych i korowych, rzadziej w większych, które prowadziły do mikro i makroskopowych ognisk rozmiękczynowych w samej korze mózgowej. Te procesy zarostowe w małych tętniczkach mogą pojawiać się w kilka miesięcy lub nawet kilka lat po przebytym ostrym zapaleniu stawów. Statystyki amerykańskie podają, że 5% chorych zmarłych w zakładach psychiatrycznych, równolegle do wad zastawkowych serca pochodzenia gośćcowego wykazywało endarteritis obliterans rheumatica w mózgu, a badania histologiczne potwierdziły gośćcowe pochodzenie zmian na zastawkach serca oraz w innych naczyniach mózgowych.

B r u e t s c h opisuje przypadek 49-letniej kobiety, u której stwierdzono zwężenie ujścia żylnego lewego gośćcowego pochodzenia, zaburzenia mowy oraz zmiany w osobowości o charakterze schizofrenicznym. Osoba ta zmarła na zawał płuc, a na stole sekcyjnym znaleziono rozsiane zmiany zarostowe w naczyniach mózgu i nerek. W płucach wykryto tzw. ciałka Massona, uważane przez autorów amerykańskich za równoważnik guzków Aschoffa. Te rozległe zmiany o charakterze gośćcowym, stwierdzane w rozmaitych narządach, potwierdzają nowsze poglądy, że gościec stawowy jest procesem chorobowym uogólnionym, będącym zakażeniem ciągłym, trwającym nieraz całe życie.

Nie ulega wątpliwości, że istnieje związek pomiędzy gośćcem serca a zmianami, towarzyszącymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Jest rzeczą pewną, że uszkodzenia gośćcowe mózgu mogą powodować objawy psychiczne, których charakter zresztą zależy od osobowości i struktury psychofizycznej oraz wieku. Gośćcowe uszkodzenie mózgu w dzieciństwie może spowodować zaburzenia charakterologiczne i intelektualne aż do niedorozwoju umysłowego. Amerykanie obserwowali u ludzi młodych stany psychopatyczne nawet z zabarwieniem schizofrenicznym. Korelacja między zmianami patologicznymi w mózgu a objawami klinicznymi nie jest jeszcze całkiem jasna. Brak jeszcze kryterium, w jakiej mierze i w jakim stopniu muszą być posunięte zmiany w mógu, aby powodowały psychiczne obraży chorobowe. Wiadomo, że w otępieniu starczym i chorobie Alzheimera spotyka się liczne placques w mózgu, lecz jeśli ich jest mało, to mogą nie dawać żadnych objawów psychicznych.

Najbardziej zastanawiającą rzeczą jest jednak problem schizofrenii. W materiale sekcyjnym chorych na schizofrenię wykazano 9% zakażeń gośćcowych, obejmujących mózg i zastawki sercowe. B r u e t s c h, M a l a m u d i inni opisali psychozy schizofreniczne w przebiegu przewlekłej choroby gośćowej mózgu.

Już W a g n e r - J a u r e g g, B l e u l e r, S i n g e r i inni byli zdania, że schizofrenia nie stanowi samodzielnej jednostki etiologicznej, lecz jest zespołem klinicznym, który da się rozbić na grupy. Stwierdzenie choroby gośćcowej mózgu w pewnym odsetku schizofreników stanowi pierwszą udałą próbę rozbicia schizofrenii na grupy o określonej etiologii.

Można by przypuszczać, że u schizofreników

zmiany gośćcowe w mózgu były zupełnie przypadkowe i nie stanowią anatomicznego podłoża dla psychozy. Lecz to samo można by powiedzieć o psychozach na tle zmian naczyniowych w kile mózgu. U chorych kiłowych tylko w małym odsetku rozwija się endarteritis syphilitica z objawami psychotycznymi. Zresztą należy wątpić, aby kiłowe obliteracje naczyń krwionośnych z następowymi ogniskami rozmiękczynowymi w korze mózgowej były jedynymi zmianami, które mogłyby stanowić podstawę zaburzeń psychicznych.

Lecz, czy oprócz endarteritis obliterans nie stwierdza się innych zmian w mózgu? W ostatnich latach spotyka się coraz częściej doniesienia o zmianach naczyniowych o typie zakrzepowo-zarostowego zapalenia tętniczek w mózgu. W niektórych przypadkach choroby Bürgera znajdowano na zastawkach sercowych zmiany o charakterze endarteritis rheumatica, a nie thromboangiitis obliterans. Oczywiście rozpoznawanie choroby Bürgera przy zmianach sercowo-naczyniowych gośćcowego pochodzenia winno się stawiać z wielką ostrożnością. Zresztą nie zawsze udaje się dokładnie zróżnicować histologicznie thromboangiitis obliterans od endarteritis rheumatica. Na ogół trzeba przyjąć, że w chorobie Bürgera procesem chorobowym objęte są przede wszystkim duże naczynia, a w gośćcu raczej mniejsze.

Czy zmiany naczyniowe są swoiste dla gośćca? Nie ulega wątpliwości, że kiła, zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń i gościec są czynnikami prowadzącymi do zarostowego zapalenia tętniczek. Z drugiej strony na podstawie tylko obrazu morfologicznego nie można rozpoznawać czynnika etiologicznego zarostowego zapalenia tętniczek. W doniesieniach autorów amerykańskich były brane pod uwagę tylko przypadki z zapaleniem gośćcowym wsierdzia, a zmiany te przemawiały przecież za etiologią gośćcową.

W r. 1937 na jednym z posiedzeń naukowych Krakowskiego Towarzystwa Neurologicznego przedstawiłem chorą, u której w przebiegu ostrego zapalenia gośćcowego stawów ze zmianami w sercu wystąpiła psychoza o charakterze schizofrenicznym. Chora ta leczona była początkowo z powodu zapalenia stawów w Szpitalu OO. Bonifratrów i w stanie zamroczenia majaczeniowego wyskoczyła oknem z I piętra, doznając jedynie złamania obu kości piętowych. Po założeniu opatrunku gipsowego przewieziona została na Oddział VI chorób nerwowych Szpitala św. Łazarza. Tutaj stany majaczeniowe szybko ustąpiły miejsca obrazowi o charakterze schizofrenicznym. Chora stała się apatyczna, a potem wystąpiły przemijające stany osłupienia, w których odmawiała przyjmowania pokarmów tak, że zachodziła potrzeba sztucznego jej karmienia. W obrazie psychotycznym poczęły dominować zaburzenia myślenia i pojęć. Przeżycia majaczeniowe stały się punktem wyjścia dla urojeń, stała się autyczna, wykazywała cechy rozpadu osobowości, poczęła żyć w świecie oderwanym od otoczenia, a kontakt myślowy był coraz bardziej urywany.

Ponieważ pod wpływem podawania przetworów salicylu sprawa chorobowa w stawach szybko się cofnęła, a zmiany w sercu się uspokoiły, u chorej zastosowano wstrząsy insulinowe, które dość szybko doprowadziły do ustąpienia objawów psychotycznych.

Już wtedy przy omawianiu stanu psychotycznego chorej wysunąłem — między innymi — myśl, że pewne schorzenia zakaźne lub toksyczne, przebiegające z udziałem mózgu, mogą być powodem powstawania psychozy czy stanów schizofrenicznych, różniących się w swym rozwoju wyraźnie od psychoz spotykanych w przebiegu zapalenia mózgu, że przeanalizowanie szeregu podobnych obserwacyj mogłoby rzucić nowe i ciekawe światło na etiologię psychoz schizofrenicznych. Dziś w oświetleniu badań amerykańskich próba zaszeregowania pewnych zespołów schizofrenicznych do psychoz organicznych wydaje się być uzasadniona.

W przewlekłym gośćcu stawowym pierwotnym lub wtórnym spotyka się jeszcze bardzo charakterystyczne zmiany, które dotąd nie były dostatecznie uwzględniane ani opisywane. Wiadomo przecież, że zarówno w chorobach ostrych, jak i przewlekłych wyraz twarzy może się wyraźnie zmieniać. Często u chorych z jednakowym cierpieniem wyraz twarzy może przyjmować łudzące podobieństwo. Znana jest tzw. facies abdominalis czy risus sardonicus. Takie podobieństwo spotyka się również u chorych z przewlekłym gośćcem stanowym. Psychika tych chorych wykazuje też zaburzenia życia emocjonalnego.

Przypadki własne: 1) Chora Czesława Ch., lat 44, Nr dziennika Oddz. I B. 483/47. Przed 3 laty pierwsze objawy chorobowe w postaci bólów i obrzęku lewego stawu nadgarstkowego, które po podaniu przetworów salicylowych szybko ustąpiły. W pół roku potem nawrót z zajęciem obu stawów nadgarstkowych, a następnie dalszych stawów: barkowych, łokciowych, śródręczno-palcowych i palcowych, kolanowych i skokowych. W tym czasie pojawiły się stany podgorączkowe. Po podaniu przetworów salicylu, a potem po wstrzykiwaniach siarki nastąpiła poprawa. W tym to czasie przestała nagle miesiączkować i odtąd nie miesiączkuje wcale, mimo że od 15 roku życia miesiączkowała zawsze obficie i przez tydzień. W sierpniu 1946 wystąpiło ponowne zaostrzenie z pobolewaniem gardła i gorączką do 38° C. W okresie tym po ustąpieniu ostrych objawów była leczona w Busku bez wyraźniejszej poprawy. Niebawem jednak zaczęły się pojawiać zniekształcenia stawów, subluksacje, zaniki mięśniowe i zmiany troficzne skóry. Z tego powodu poddała się leczeniu w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Po usunięciu próchnicowych zębów i wyłuszczeniu migdałków oraz bodźcowym leczeniu znowu poprawa. Wkrótce potem powolne i postępujące pogorszenie, aż wreszcie na stałe została przykuta do łóżka i w tym stanie została przyjęta na Oddział I B dnia 14. IX. 1947.

Chora jest apatyczna, bezwolna, smutna, leży nieruchomo w łóżku, wyraz twarzy cierpiący, kon-

takt słowny dobry, brak zaburzeń świadomości. Skóra twarzy łojotokowata, pozostałe części ciała blade i wilgotne. Błony śluzowe blado-różowe. Tarczyca nieznacznie powiększona, płuca bez zmian. Serce opukowo, osłuchowo bez zmian. Elektrokardiogram w normie. Radiologicznie płuca i serce również bez zmian. Narządy jamy brzusznej bez zmian. W narządzie ruchu wybitne zmiany stawowe. Obrzęki i bolesność, trzeszczenia i zniekształcenia w stawach barkowych, łokciowych, nadgarstkowych, śródręczno-palcowych, kolanowych, skokowych, śródstopowo-palcowych i palcowych. W stawach nadgarstkowych oraz kolanowych obecny jest niewielki wysięk. Oprócz zniekształcenia obrysów stawów stwierdza się w obu stawach nadgarstwowych, śródręczno-palcowych i śródstopowo-palcowych subluksacje z przesunięciem znacznego stopnia osi długiej palców na zewnątrz. We wszystkich stawach objętych sprawą chorobową wyraźne ograniczenie ruchów czynnych i biernych, przy czym w stawach kolanowych występują znacznego stopnia przykurcze, które tylko z wielkim trudem dają się częściowo pokonać. Stawy kręgosłupa również są, choć w mniejszym stopniu, objęte zmianami chorobowymi. Kręgosłup na całej swej długości jest nieco usztywniony i mniej ruchomy, bolesny na ucisk i opukiwanie. W odcinku szyjnym zmiany stawowe powodują upośledzenie ruchów głową i szyją. Skóra przede wszystkim w okolicy stawów i w odcinkach najbardziej obwodowych kończyn ścieńczała i wiotka. W mięśniach kończyn wyraźne zaniki. W pozostałych narządach brak zmian klinicznych. Odczyn Biernackiego: po 1 godz. 110, po 2 godz. 130, średnia 87.5. Odczyn Wassermanna ujemny. Inne badania dodatkowe nie wykazywały wyraźniejszych odchyleń od normy.

Neurologicznie: źrenice o prawidłowym kształcie i wielkości, odczyny na światło i nastawienie żywe, szybkie i wydatne. Nerwy czaszkowe bez zmian. Twarz wychudzona, na policzkach mało tkanki tłuszczowej, wskutek czego kości czaszki i twarzy wyraźnie się zaznaczają. Mięśnie twarzy słabo napięte, skóra wiotka, ścieńczała, świecąca, łojotokowata, lepka, jakby oleista. Fałdy skórne na czole i policzkach wygładzone, jedynie fałd nosowo-wargowy pogłębiony. Gruczoły łojowe na twarzy porozszerzane, o wzmożonej czynności wydzielniczej. Na skutek tych zmian rysy twarzy są wyraźnie zaostrzone. Wyraz twarzy bezbarwny, jakby maskowaty. Inerwacja mięśni twarzy zachowana, lecz powolna i ociężała, powłócząca i nie nadążająca w szybkości ruchów gałek ocznych i bystrości oczu.

Kończyny górne z powodu wybitnych zmian stawowych ruchowo upośledzone, zwłaszcza w zakresie obu dłoni i palców. Bardzo wybitne zaniki w obrębie mięśni obu łopatek, mięsień naramienny zanikły w mniejszym stopniu, mięśnie zginające przedramienia w nieznacznym przykurczu i również wyraźnie zanikłe, mięśnie wyprostne słabo zanikłe. Mięśnie obu przedramion równomiernie w zaniku. Najwybitniejsze zaniki uwydatniają się w obrębie kłębów a przede wszystkim zaś zaniki międzykostne. Napięcie mięśniowe zginaczy ramienia nieznacznie wzmożone, napięcie innych mięśni wiotkie. Odruchy okostnowe bardzo żywe, ścięgnowe żywe i równe. Odruchy brzuszne górne obecne, szybko się wyczerpujące, pozostałe zniesione.

Kończyny dolne w stawach kolanowych przykurczone przy wzmożonym napięciu mięśni zginających. Napięcie to jeszcze bardziej się wzmaga przy próbach pokonania tego oporu. Ruchy w stawach biodrowych czynne i bierne prawie całkowicie zachowane, znacznie ograniczone w stawach skokowych i palcowych. Zaniki mięśni bardzo wybitne w obrębie mięśni wyprostnych (m. czworogłowy) obu ud oraz mięśni łydek i międzykostnych obu stóp. Odruchy kolanowe: prawy nie daje się wywołać, lewy obecny, stopowe żywe i równe. Odruchów patologicznych brak. W palcach rąk i nóg stwierdza się drżenie drobnofaliste, szybkie, około 8 drgnień na sekundę. Po dłuższym drażnieniu przy zupełnym zwiotczeniu mięśni udaje się wywołać drżenie włókienkowe mięśni podudzia, szybko się zresztą wyczerpujące. Skóra na zmienionych stawach ścieńczała, wygładzona, połyskująca, na częściach miękkich w zaniku, wiotka, pomarszczona, łuszcząca się. Poza nieznaczną przeczulicą skóry brak wyraźniejszych zaburzeń czucia powierzchniowego i głębokiego. Poza tym neurologicznie bez zmian.

Psychiatrycznie: zahamowana psychoruchowo, leży nieruchomo w łóżku, stuporowata, mało się interesuje otoczeniem, z innymi chorymi nie nawiązuje kontaktu, milcząca albo małomówna, mówi głosem cichym, monotonnym, bezbarwnym. Na pytania odpowiada, lecz brak jest spontanicznego mówienia. Nastrój jest smutny i depresyjny. Nie wyraża żadnych pragnień i życzeń, wszystko jest dla niej obojętne, nie upomina się nawet o jedzenie, jada mało i niechętnie, najczęściej zabiera się do jedzenia po namowie pielęgniarki. Świadoma jest ciężkiej swej choroby, nie skarży się na nic, nawet bóle znosi ze stoickim spokojem, nie żąda nigdy środków przeciwbólowych. Straciła wiarę w możliwość wyzdrowienia, stąd smutek. Nie ma żadnej radości i uciechy, wszystko jest szare i bezbarwne, piętrzą się przed nią trudności dla niej nie do pokonania. Choroba jest nieuleczalna, jedynym rozwiązaniem byłaby śmierć. Leczy myśli samobójcze porzuca, bo wiara w Boga na to nie pozwala, lecz tęsknota za śmiercią jest duża. Żal jej jedynej córki, dla której miałaby jeszcze cel życia. Na myśl o tym cisną się jej łzy do oczu i opanowuje ją rezygnacja i zwątpienie. Uśmiech dla niej jest czymś obcym i przymusowym — przyznaje sama — może tylko płakać. Brak stanów lękowych, urojeń, omamów i zmian w osobowości.

Chora pozostaje nadal w leczeniu. W ciągu 4-miesięcznego pobytu na oddziele jej stan somatyczny nie zmienił się.

Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica chronica primaria. Status depressivus.

2) Chora Helena K., lat 52 Nr dziennika Oddziału I A. 385/46. (Ordynator: Prof. Dr L. Tocho-

wicz). W lecie 1941 przelotne bóle w prawym stawie barkowym, lecz nie długo potem pojawiły się obrzęki z zaczerwienieniem skóry i podwyższeniem ciepłoty. Leczona wówczas od listopada 1941 do końca stycznia 1942 na Oddziele I A z dużą poprawą. W 1944 ponowne zostrzenie i mimo leczenia powolne postępowanie sprawy chorobowej, obejmującej stawy barkowe, łokciowe, nadgarstkowe i palcowe, kolanowe, skokowe i palcowe. W tym też czasie poczęły się pojawiać zniekształcenia w stawach łokciowych, śródręczno-palcowych oraz kolanowych. Zmiany te doprowadziły do tego, że od tego czasu chora nie opuszcza łóżka. W takim to stanie została 2. II. 1946 przyjęta na Oddział I. A.

W narządach wewnętrznych z odchyleń od normy stwierdza się: serce opukowo w granicach normy. Osłuchowo: tony głuche, pierwszy ton nad koniuszkiem nieczysty. Tętno 80 na minutę, dobrze napięte. Ciśnienie krwi 150/90 mm Hg. Elektrokardiogram wykazuje uszkodzenie mięśnia sercowego. Serce radiologicznie o spłaszczonych lewych łukach bez konfiguracji typowej dla jakiejś wady. Duże zmiany niemal we wszystkich stawach w postaci obrzęków, bolesności, zniekształceń i zesztywnień. Najwybitniejsze zmiany zaznaczają się w stawach łokciowych i kolanowych, gdzie dołączyły się jeszcze przykurcze znacznego stopnia. W stawach nadgarstkowych i śródręczno-palcowych subluksacje z przemieszczeniem osi długiej kości śródręcza i palców na zewnątrz. Zmianom tym towarzyszą wybitne zaniki mięśniowe i zmiany troficzne skóry i paznokci. W pozostałych narządach wewnętrznych poza bolesnością w okolicy woreczka żółciowego brak przedmiotowych zmian.

Zdjęcia rentgenowskie wykazują zwężenie szpar stawowych obu kolan, stawów nadgarstkowych i międzypalcowych oraz zatarcie ich obrysów. Kości długie o wyraźnie zatartym beleczkowaniu. Odczyn Biernackiego: po 1 godzinie 95, po 2 godzinach 120, średnia 77.5 i w tych granicach utrzymywał się zawsze. Poza niedużym zmniejszeniem się liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny obraz krwi w normie. Kiłowe odczyny serologiczne ujemne.

Neurologicznie: brak zmian w źrenicach i nerwach czaszkowych. Twarz pełna, jakby nalana, różowo-sinawo podbarwiona, drobne naczynia skórne porozszerzane. Gałki oczne nieznacznie wysadzone ku przodowi. Gruczoły łojowe w okolicy nosa, policzków i brody porozszerzane, silnie wydzielają, na skutek czego skóra twarzy jest lepka, silnie natłuszczona. Fałdy skórne poza bruzdą nosowo-wargową wygładzone. Mięśnie mimiczne twarzy przy inerwacji mało sprawne i nieskoordynowane, co składa się na maskowaty wyraz twarzy. Jedynie ruchy obu gałek ocznych nie utraciły swej żywości czynnościowej, co razem z upośledzeniem mimiki mięśniowej nadaje twarzy swoisty wyraz. Chora jest otyła, a obfita tkanka tłuszczowa jest rozmieszczona na brzuchu, biodrach, udach, wzgórku łonowym i sutkach.

W związku z przykurczami w stawach łokciowych i kolanowych napięcie mięśni zginających obu ramion i ud wyraźnie wzmożone zwłaszcza prawostronnie. Znacznego stopnia zaniki mięśniowe w obrębie kłębów obu dłoni i mięśni międzykostnych, mięśni pośladkowych, czworogłowych i lewej łydki. Duże zmiany artropatyczne w stawach nadgarstkowych, śródręcznopalcowych i palcowych III i IV palca obu rąk oraz kolanowych, mniejsze w łokciowych. Odruchy okostnowe średnio żywe, ścięgnowe słabsze, kolanowe nie dają się wywołać, piętowe obecne, patologicznych brak. Skóra wszystkich kończyn zwłaszcza obwodowo cienka, bardzo wiotka, pomarszczona, sucha, przeświecająca siatką drobnych naczyń podskórnych. Na podudziu zwłaszcza lewym jest raczej stwardniała, nie daje się ująć w delikatne fałdy. Paznokcie przede wszystkim nóg łamliwe, przerosłe, zniekształcone, szponowato wygięte.

Psychiatrycznie: samopoczucie dobre, przerywane od czasu do czasu odezwaniem się bólów stawowych. Jest pełna wiary w lepszą swoją przyszłość. Stany smutku czy przygnębienia są przelotne, zapomina je szybko, ożywia się, staje się pogodna i wesoła a wtedy troski znikają, zabawia inne chore rozmową i dodaje im otuchy w cierpieniu. Świadoma jest ciężkości swego cierpienia, lecz świadomość ta jest płytka i nie ma wpływu depresyjnego na stan jej samopoczucia.

Podczas 15-miesięcznego pobytu chorej na oddziele stan psychiczny i somatyczny nie uległ żadnej zmianie.

Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica chronica primaria. Status euphoricus.

Opisane 2 przypadki wykazują charakterystyczne zachowanie się fizjognomii i niezwykłe podobieństwo do zmian poencefalistycznych. Są one wywołane z jednej strony przez mechaniczne zmiany w tkankach miękkich, stawach i kościach, a z drugiej strony odgrywają tu rolę zaburzenia czynności mózgu. Maskowaty wyraz twarzy, wygładzenie fałdów, zaostrzenie rysów, uwydatniające się zwłaszcza z profilu, wzmożenie napięcia mięśniowego, drżenie palców, zwolnienie i ociężałość ruchów, znaczne wzmożenie wydzielania gruczołów łojowych twarzy, są to wszystko objawy spotykane u parkinsoników.

Psychika chorych wykazuje też pewne zaburzenia afektu i może skłaniać się do stanów depresyjnych albo euforycznych, spotykanych właśnie u encefalityków.

U jednej z tych chorych przyszło do zatrzymania się cyklu miesiączkowego, druga zaś chora znajdowała się już po okresie przekwitania.

Zmiany troficzne w kościach w postaci przerostów albo zaników zostały potwierdzone radiologicznie.

Badania neurologiczne i obserwacja kliniczna wskazują na to, że w pewnych postaciach przewlekłego gośćca stawowego należy przyjąć uszkodzenie mózgu. Punkt wyjścia uszkodzenia trzeba odnieść do kresomózgowia a w szczególności do gałki bladej (globus pallidus) oraz do istoty czarnej (substantia nigra) w śródmózgowiu. Za-

burzenia w zakresie życia emocjonalnego dadzą się wytłumaczyć uszkodzeniem jąder podstawowych. Brak miesiączki jest również pochodzenia ośrodkowego, jako wyraz zmienionej czynności przysadki mózgowej. Może również zachodzić związek przyczynowy pomiędzy uszkodzeniem jąder podstawowych a troficznymi zaburzeniami skóry, kości i stawów.

PIŚMIENNICTWO:

1. W. L. Bruetsch: Psych. neurol. Wchschr. 1938, 38, 551 i 563. Ztschr. f. ges. Neurol. und Psychiatr. 1939, 4, 166. Jour. of amer. medic. associat. 1947, 5, 450—454. Archiv. of intern. medic. 1944, 73, 472. — 2. J. Cathala, E. Friedman, R. Laplane: Presse médic. 1935, 3, 41—44. — 3. Capgras, Lhermitte Ajuriaguerre, Doussinet: Presse médic. 1938, 11, 195. — 4. H. Claude, H. Baruk: Presse médic. 1931, 14, 233—237. — 5. H. Gehlen: Streszczenie w Kongresszlbl. f. ges. innere Med. 1939, 92, 115. — 6. G. Katz: Klin. Wschr. 1931, 25, 1194 (streszczenie pokazu przypadku). — 7. H. M. Laignel-Lavastine, H. Mignot: Presse médic. 1937, 96, 1724. — 8. G. Ricker: Das Zentralnervensystem und die rheumatische genannte akute Polyarthritis, 1938 (monografia). — 9. Riser, Laboucarie, Geraud: Presse médic. 1937, 96, 1724 (streszczenie pokazu). — 10. Targovla: Presse médic. 1929, 572. — 11. E. Taulouse, L. Marchand, A. Courtais: Presse médic. 1931, 48, 899.

SUMMARY

Rheumatic brain disease

by R. Mirek, M. D.

The author describes two cases of acute rheumatic brain disease. Delirium dominates the psychotic picture and accordingly as the delirium rises so fantastic ideas, events and hallucinations develop. They consist of dreadful adventures and the ideas of death.

In the first case a woman, aged 29 years, suffering from acute rheumatic fever with endocarditis and cardiac decompensation, became delirous. In delirious apparitions she saw the shadow of death, and she cotinually had the impression of dying. Her hallucinations were often interwoven with the vision of her mother's death.

Athetoid movements were observed in the fingers and toes. The movement of the toes imitated the Babiński sign. The muscle tone of all the extremities was greatly increased especially in the flexors, in consequence of which there appeared contractions in the elbow and knee joints. Elective muscle atrophy began in the thenar and hypothenar of both the hands. The sings of Mendel-Bechtereff and Rossolimo were transiently present.

In the 2-nd case, a male aged 28, during recidivation of acute rheumatic fever with endocarditis and valvular heart disease, became delirious and had hallucinations. It seemed to him that he was dying, that death was standing behind him. He took leave of his family commanded them to bring a wax-candle and to pray for the salvation of his soul. When sitting in a chair in the bathrom, he suddenly became excited, because it seemed to him that he was to be executed in the electric-chair. No neurological laesion in the nervous system.

The causal connection between delirium and acute rheumatic fever appears to be undoubted. The muscle spasm and the athetoid movements are the result of the laesion of the neostriatum. It is very probable that the laesion of the striatum influences the emotional changes and the delirium.

The author cites yet another case of acute brain disease observed by him in 1937. A girl, during acute rheumatic fever, became excited and deliirious, but later she began to show a change of personality and other mental disturbances very typical of schizophrenia. She was successfully treated with insulin shocks.

The author's opinion that certain forms of schizophrenia can be produced by organic brain diseases has lately been confirmend by the Americans.

In the following two cases, cerebral symptoms are described as the late sequel of chronic rheumatic disease. There are the cases of two females with rheumatoid arthritis. The most striking peculiarity is the similarity of the symptoms to those of Parkinson's disease. The movements of the patients became slower than formerly. A degree of rigidity was discovered in the passive movements of the limbs. Other signs of increased tone were found in a mask-like facial expression. The patients rarely winked their eyes or smiled. The facial muscles were immobile. The voice became pitched and monotonous. The small muscles of bouth the hands were involved in tremor which was present during repose and ceased on intention. Trophic changes of the skin, bones and joints were distinctly visible. Mental symptoms were commonly observed in the form of discouragement and disability or as depressive or euphoric states. In the case of the first patient menstruation was stopped, the second patient was in climacterium.

Neurological symptoms are to be refered to th laesion of the projection fiber system of the globus pallidum and of substantia nigra. Amenorrhoea is of central origin. Loss of emotional control is probably due to the involvement of the basal ganglia. It can besides be supposed that there exists the connection between the damage of basal ganglia and trophic disturbances of the skin, bones and joints.

Dr Jerzy JASIEŃSKI Kraków
Ordynator Oddziału

Przypadek torbieli skórzastej kanału kręgowego

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.

Wewnątrztwardówkowe skórzaki kanału kręgowego o budowie odpowiadającej już to samemu naskórkowi (tzw. epidermoidy, perlaki), już to całej skórze (dermoidy, właściwe torbiele skórzaste) należą do wielkich rzadkości. Zestawienie G r o s-

są uzupełnione przez Bradforda (1938), obejmuje zaledwie 33 przypadki guzów epidermoidalnych i skórzaków kanału kręgowego. Chodziło o guzy leżące w obrębie worka twardówki, najczęściej pod oponą pajęczą lub naczyniówką, przeważnie w dolnej połowie kanału kręgowego.

Obydwa rodzaje guzów kanału kręgowego mają podobne umiejscowienie, co tłumaczy się złożonym rozwojem ogonowego końca rdzenia i jego przydatków. Wyjątkowo rozwijają się one również w obrębie samego rdzenia kręgowego (Love i Kernohan 1936, Bradford 1938). Opisy torbieli skórzastych kanału kręgowego znajdujemy w pracach Salottiego (1927), Shallowa (1928), Naffzigera i Jonesa (1935). W przypadku Trachtenberga (1898) istniały mnogie perlaki mózgu i rdzenia kręgowego i równocześnie torbiel skórzasta stożka końcowego rdzenia. Skórzakom kanału kręgowego towarzyszą często wady rozwojowe kręgosłupa, jak tarń dwudzielna (Ottonello 1933, Naffziger i Jones), uchyłki skórne wkraczające w obręb kręgosłupa (Hipsley i Ottonello 1933). oraz zmiany rozwojowe rdzenia kręgowego w postaci dysembrioplazji i jamistości rdzenia (Marinesco i Draganesco 1924, Salotti, Bouchut, Déchaume i Michailidis 1932). W przypadku Ivanoffa (1903) powstała torbiel skórzasta rdzenia kręgowego u potworka bezmózgowego.

Znacznie częściej niż w rdzeniu występują perlaki i torbiele skórzaste w mózgu. Spośród 15 przypadków guzów nabłonkowych wrodzonych ośrodkowego układu nerwowego, spostrzeganych w klinice Mayo, wg Love i Kernohana 14 mieściło się wewnątrz czaszki, a jeden tylko w kanale kręgowym. Podobnie spośród 17 przypadków Melnikoff-Raswedenkowa (1931) chodziło o jeden zaledwie przypadek perlaka rdzenia kręgowego i 16 skórzaków (epidermoidów i dermoidów) wewnątrzczaszkowych.

Na podstawie zachowanych krótkich notatek, ponieważ zarówno chora, jak jej historia choroby zaginęły w czasie działań wojennych, ogłaszam operowany przeze mnie w roku 1939 przypadek torbieli skórzastej kanału kręgowego.

Chodziło o 19-letnią chorą, która dostała się na stół operacyjny dzięki przypadkowi. Mianowicie w czasie leczenia tasiemca na oddziale wewnętrznym chora usiadła na gorącym kaloryferze i siedziała na nim widocznie przez czas dłuższy, nie czując gorąca, gdyż powstało oparzenie pośladków drugiego i trzeciego stopnia. Przy przeprowadzonym po tym zdarzeniu badaniu neurologicznym stwierdzono istotnie wybitne zaburzenia czucia w dolnej połowie ciała. Wykonane zdjęcia rentgenowskie (klisza) wykazały rozległe zniszczenie, ubytki łukowatego kształtu o ostrych obrysach, przyrdzeniowych odcinków trzonów 2-go i 3-go kręgu lędźwiowego. Trzony kręgów uległy znacznemu zwężeniu w kierunku przodotylnym, przy czym brzegi ubytków okazały się zupełnie równe, gładkie, i miały wyraźnie zaznaczony kształt łukowaty.

Przeprowadzona po wyleczeniu oparzenia pośladków myelografia wykazała, że lipiodol zatrzymuje się częściowo na wysokości 1. kręgu lędźwiowego.

Z rozpoznaniem guza okolicy ogona końskiego przystąpiłem do zabiegu operacyjnego. Po usunięciu wyrostków ościstych i łuków od I do V kręgu lędźwiowego i otwarciu opony twardej okazało się, że rozszerzony kanał kręgowy na całej przestrzeni wypełnia wypuklający się poprzez otwór w oponie twardej guz barwy szarej, o powierzchni gładkiej, spoistości elastyczno-twardej, nie chełbocący. Przy dokładnym oglądaniu okazało się, że duży guz kanału kręgowego, kształtu jajowatego mieści się nie tyle wewnątrz worka twardówki, co wewnątrz pajęczynówki. Porozsuwane przy tym znacznie korzonki ogona końskiego



były zrośnięte ze ścianą guza i źle widoczne. O usunięciu przeto guza w całości wraz z mocno napiętą torebką nie mogło być mowy. Wobec tego naciąłem podłużnie torebkę guza, przy czym przekonałem się, że wypełnia ją mocno zbita niejednostajna masa, przypominająca kaszę z włosami, odpowiadająca więc w zupełności swym wyglądem zawartości torbieli skórzastej. Masa ta wypełniała całą przestrzeń kanału kręgowego, przy czym przeważna jej część mieściła się, od przedniej powierzchni ciała licząc, przed korzonkami, w głębi, w wyżłobionych z powodu ucisku guza ubytkach trzonów kręgów. Łuki kręgowe były nieznacznie tylko ścieńczałe. Z ilości usuniętej masy okazało się, że zajmowała ona co najmniej przestrzeń wielkości pięści i ważyła przeszło 40 gramów. Następowe usunięcie torebki guza nie przedstawiało na ogół większych trudności technicznych w częściach przykręgowych; gruba torebka bowiem stosunkowo łatwo dawała się oddzielić od opony twardej. Tylko w miejscach zrostu korzonków ogona końskiego ze ścianą torbieli

trzeba je było wypreparowywać na ostro. Ścianę torbieli usunąłem całkowicie, po czym szczelnie zaszyłem oponę twardą, a następnie warstwowo mięśnie i skórę. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Przebieg pooperacyjny był gładki. Wkrótce stwierdzono poprawę stanu neurologicznego. Chora opuściła szpital po 10 tygodniach z zaleceniem dalszego leczenia fizykalnego.

Przypadek ten jest ciekawy ze względu na nikłe objawy neurologiczne towarzyszące guzowi tak znacznych rozmiarów, usadowionemu w obrębie ogona końskiego. Zupełny brak bólów korzonkowych może tłumaczyć tylko bardzo powolny wzrost guza, powstałego w następstwie wady rozwojowej i stopniowe przystosowanie się zawartości kanału kręgowego do wywieranego przez guz ucisku. Potwierdza się przy tym znane w patologii spraw uciskowych kanału kręgowego pozornie paradoksalne zjawisko większej podatności na ucisk tkanki kostnej niż nerwowej.

Wg Campa (1934) zmiany kostne spotykamy aż w 80% przypadków guzów kanału kręgowego. Do najczęstszych zmian radiologicznych kręgosłupa, nie mówiących zresztą nic o naturze rosnącego w kanale kręgowym nowotworu, należy ścieńczenie łuków kręgów oraz rozsunięcie ich podstaw, rozmiary których można dokładnie ocenić na podstawie bezpośrednio wykonanych pomiarów (Elsberg i Dyke 1934). Powyższe zmiany kostne spotykamy przeważnie przy guzach wewnątrzrdzeniowych, najczęściej nerwiakach, brak ich zaś przy guzach wewnątrzrdzeniowych. Są one następstwem bezpośredniego ucisku wywieranego przez guz na kości i zaznaczają się najpierw w przyczepach i bocznych częściach łuków, następnie również w tylnych częściach łuków kręgowych. Rzadziej (np. przy oponiakach kanału kręgowego) spotykamy obok zniszczenia zmiany rozrostowe kości. Spośród nowotworów złośliwych tkanki nerwowej niekiedy wyściółczaki (ependymomata) okolicy lędźwiowo-krzyżowej prowadzą do szczególnie znacznych i rozległych zniszczeń kości. Co się tyczy interesujących nas skórzaków, występujących najczęściej w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, to te wywołać mogą ograniczone nadżerki w przylegających do guza odcinkach trzonów kręgowych, przy czym w porównaniu z rozmiarami guza zmiany spotykane w kościach mogą być stosunkowo nieznaczne. (Camp, Adson i Shugrue). Wyjątek stanowi pod tym względem przypadek Babczyna (1930), w którym po usunięciu guza (o charakterze „choristoma") części lędźwiowo-krzyżowej kanału kręgowego, stwierdzono w trzonach V kręgu lędźwiowego i I krzyżowego zagłębienie w kształcie studni, dochodzące do 5—6 cm głębokości.

W przypadku naszym chodziło o podpajęczynówkową torbiel skórzastą, wychodzącą być może z nitki końcowej rdzenia, torbiel wielkich rozmiarów, nieznacznie tylko mniejszą niż w jednym z przypadków Naffzigerą i Jonesa, skoro sama treść torbieli ważyła nie 45, lecz 40 gramów. Mimo wszakże mniejszych rozmiarów guza i bardziej krótkotrwałego przebiegu sprawy (w przypadku N. i Jonesa dolegliwości trwały 42 lata) wtórne zmiany w kościach od ucisku, wykazane na zdjęciach rentgenowskich: nadżerki w tylnej powierzchni trzonów kręgów, zwężenie podstaw i ścieńczenie łuków były w naszym przypadku zaznaczone wybitniej. W przypadku naszym nie spostrzegaliśmy przy badaniu klinicznym dwóch objawów uznawanych przez Naffzigera i Jonesa za szczególnie charakterystyczne: ani wystąpienia silnego bólu w kręgosłupie przy nakłuciu lędźwiowym, mającego rzekomo świadczyć o poważnych zmianach w okolicy ogona końskiego, ani też bólu korzonkowego, występującego przy próbie Queckenstedta, pozwalającego rzekomo na różnicowanie między guzami wewnątrz- a zewnątrztwardówkowymi. Być może, objawy te dlatego wypadły ujemnie, że nasza chora, w przeciwieństwie do chorych Naffzigera i Jonesa i innych chorych, nie odczuwała również żadnych bólów samoistnych i, jak już wspomniałem, schorzenie zostało odkryte u niej zupełnie przypadkowo.

PIŚMIENNICTWO:

1. Babczyn: Wiest. Chir. i pogr. obłast. 1930, XIX. 56/7. — 2. Camp J. D.: Radiology 1934, 22, 295. — 3. Bouchut, Dechaume J., Micheilidis: Lyon méd. 1932, 150, 694. — 4. Bradford F. R.: Ann. Surg. 1938, 107, 107. — 5. Camp J. D., A. W. Adson and J. J. Shugrue: Am. Journ. Canc. 1933, 17, 348. — 6 Elsberg Ch. A. and C. G. Dyke: Bull. Neur. Inst, N. Y. 1934, 3, 359. — 7. Gross S. W.: Journal. Nerv. Ment. Diseas. 1934, 80, 274. — 8. Hipsley P. L.: Austr. and New. Zell. Journ. Surg. 1933, 2, 421. — 9. Ivanoff N. S.: Nevropatia i psikiatria Korsakova. Mosk. 1930, cyt. Bradford. — 10. Love J. G. and Kernohan J. W.: Journ. Amer. Med. Ass. 1936, 107. — 11. Marinesco G. et Draganesco: Rev. Neur. 1924, XLII, 338. — 12. Melnikoff - Raswedenkoff N.: Virch. Arch. 1937, 279, 702. — 13. Naffziger H. C. and O. W. Jones Jr.: Arch. neur. psych, 1935, 33, 941. — 14. Ottonello P.: Riv. di path. Nerv. 1933, 41, 512. — 15. Salotti A.: Arch. Ital. d. chir. 1927, 19, 135, — 16. Shallow Th. A.: Surg. Clin. N. Amer. 1928, 8, 885, 1. — 17. Trachtenberg M. A.: Virch. Arch. 1898, 15, 274.

SUMMARY

A case of dermoid cyst of the spinal canal

by J. Jasieński, M. D.

Description of a dermoid of the cauda equina detected by accident in connection with anaesthesia of the gluteal region in a female, 19 years old. Roentgen examinations of the spines showed large sharp-limited circular errosion of the posterior surface of the bodies of the second and third lumbar vertebrae with widenig of the vertebral canal. An obstruction at that level was demonstrated.

At the operation a large subarrachnoid dermoid cyst of the lumbar spinal canal was removed. The capsule of the tumor was intimately associated with the roots of the cauda equina. The cyst contained cheesy material and hairs.

Its weight was more than 40 gr. The patient was relieved almost completely of the symptoms.

The literature concerning epidermoid and dermoid cysts of the spinal canal is rewieved and the osseous changes of the vertebrae associated with the tumors of the spinal canal are briefly discussed.

Dr Mieczysław KĘDRA Kraków
Asystent Oddziału I B.

O migotaniu przedsionków w przebiegu nowotworów płuc i śródpiersia

Z Oddziału I B. Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ordynator: Prof. Dr Edward Szczeklik.

Najczęstszym zaburzeniem rytmu serca jest migotanie i trzepotanie przedsionków. Występować ono może napadowo lub utrzymywać się stale w przebiegu różnych schorzeń układu krążenia albo może być jedynym objawem chorobowym bez określonej bliżej przyczyny. L u t e n i J e f f r e y s podają, że na 431 przypadków z migotaniem przesionków w 42 nie mogli wykazać schorzenia serca lub innych narządów, które by je mogły wywołać. O r g a i n, W o l f f i W h i t e podają, że spostrzegali migotanie i trzepotanie przedsionków w 49 przypadkach, w których nie można było poza tym stwierdzić żadnego schorzenia serca a okres trwania migotania przedsionków wynosił od kilku do 33 lat. Tylko u 7 spośród tych przypadków wystąpiły później objawy niedomogi krążenia. Według B r i l l a migotanie przedsionków może wystąpić u ludzi ze zdrowym sercem. Najczęściej występuje migotanie i trzepotanie przedsionków w przebiegu wad zastawkowych serca, przede wszystkim zaś w zwężeniu ujścia żylnego lewego, w nadciśnieniu, w nadczynności tarczycy, w stwardnieniu naczyń wieńcowych serce, rzadziej w przebiegu chorób zakaźnych. W przypadkach, w których migotanie przedsionków wystąpiło bez określonej przyczyny, może ono być pozostałością po przebytym schorzeniu mięśnia sercowego, które ustąpiło zupełnie niespostrzeżone przez chorego (S c h e r f).

Zaburzenie rytmu serca może wystąpić w przebiegu nowotworów pierwotnych serca, a charakter tego zaburzenia zależy od umiejscowienia się sprawy nowotworowej. (N o w i c k i, H e n k e, L u b a r s c h). I tak G i l c h r i s t i M i l l a r opisują przypadek pierwotnego guza (myoma), wychodzącego z przegrody przedsionka z lewej strony, który spowodował napadowe bicie serca. R e z e k opisał przypadek lymphangioendothelioma, który spowodował przerwanie układu przedsionkowo-komorowego i dał blok zupełny. Zaburzenia rytmu serca pod postacią częstoskurczu napadowego, migotania i trzepotania przedsionków i innych występuje o wiele częściej w przebiegu przerzutów nowotworowych do serca, które usadawiają się przede wszystkim w przedsionku prawym (N o w i c k i, G o l d s t e i n, T h o r e l, L u b a r s c h), pozostającym w ścisłym związku z węzłem zatokowym. L i s a, H i r s c h h o r n i H a r t zwracają uwagę, że jeżeli w przebiegu jakiegokolwiek nowotworu złośliwego występują zaburzenia ze strony serca, wówczas należy myśleć o przerzutach w mięśniu sercowym. Jasną jest rzeczą, że nowotwory znajdujące się w bezpośrednim sąsiedztwie serca, a więc w płucach, śródpiersiu, o wiele łatwiej spowodują zaburzenia ze strony serca, bądź to wrastając do mięśnia sercowego albo dając do niego przerzuty, bądź uciskając na nerw błędny i sympatyczny. A u e r b a c h, E p s t e i n i G o l d opisują przypadek raka płuc z przerzutami w sercu, które wywołały migotanie przedsionków, zakrzep tętnicy wieńcowej i niedomogę serca. N i e u w e n h i z e n i K a m e r l i n g podają, że na 36 przypadków raka płuc, w 6 przypadkach stwierdzili migotanie przedsionków, raz częstoskurcz napadowy przedsionkowy, a raz częstoskurcz napadowy — komorowy. Podkreślają oni, że zaburzenia te mogą być pierwszym objawem rozwijającego się nowotworu i dlatego mogą mieć znaczenie rozpoznawcze. B o c k spostrzegał na 45 przypadków raka płuc przyśpieszenie tętna powyżej 90/min. w 31 przypadkach. Także S t i e n o n, omawiając guzy śródpiersia, wspomina o częstoskurczu spostrzeganym we większości przypadków.

O b s e r w a c j e w ł a s n e z m i a n e l e k t r o k a r d i o g r a f i c z n y c h w n o w o t w o r a c h p ł u c i ś r ó d p i e r s i a. Omawiany przeze mnie materiał pod kątem zaburzeń ze strony serca obejmuje wszystkie przypadki nowotworów pierwotnych i wtórnych i ziarnicy złośliwej umiejscowionych w płucach i śródpiersiu, jakie spostrzegano w ostatnich ośmiu latach na Oddziele I. B. Państwowego Szpitala św. Łazarza. Ogółem zebrałem 81 przypadków, w tym 53 mężczyzn w wieku od 19 do 66 lat i 28 kobiet w wieku od 13 do 65 lat. Rozpoznania przedstawiały się następująco: 30 przypadków nowotworów śródpiersia, 17 nowotworów pierwotnych płuc, 6 przypadków nowotworów wnęki płuca, 12 przypadków przerzutów nowotworowych w płucach, 5 nowotworów opłucnej, 6 przypadków raka przełyku, 5 przypadków ziarnicy złośliwej płuc względnie śródpiersia. W 30 przypadkach nie stwierdzano wyraźniejszych zmian chorobowych w sercu i nie przeprowadzono badania elektrokardiograficznego. W 51 przypadkach wykonano badanie elektrokardiograficzne i stwierdzono następujące zmiany: w większości przypadków występowała przyśpieszona czynność serca, która w kilku przypadkach dochodziła do 160/min. W 10 przypadkach stwierdzono przesunięcie osi elektrycznej w lewo, w 10 zaś przesunięcie osi elektrycznej w prawo. W 12 przypadkach niski woltaż R we wszystkich odprowadzeniach, w 10 przypadkach P pulmonale, w 21 przypadkach stwierdzono zmiany w załamkach T (odwrócenie lub spłaszczenie) w jednym lub więcej odprowadzeniach. W 6 przypadkach stwierdzono migotanie przedsionków. U jednego spośród tych chorych, lat 62, z nowotworem gruczołów szyjnych i przerzutów w śródpiersiu było ono następstwem schorzenia serca trwającego od dłuższego czasu. W 5 przypadkach migo-

tanie przedsionków wystąpiło podczas pobytu chorych na Oddziele, przy czym nie można było odnieść tego zaburzenia do schorzenia pierwotnego serca. Migotanie przedsionków wystąpiło w tych przypadkach w związku ze sprawą nowotworową wnęki płuc i śródpiersia. Ze względu na rzadką etiologię podaję w krótkości opis tych przypadków.

O p i s p r z y p a d k ó w. P r z y p a d e k 1. L. p. 1238/23/39. Chory Szy. M., l. 47, mistrz tkacki, podaje, że przed 5 miesiącami wystąpiła duszność, kłucie w klatce piersiowej, uporczywy kaszel, obrzęki na twarzy i kończynach górnych. Od czasu do czasu miał gorączkę do 39° C. Badaniem stwierdzono obrzęk twarzy i kończyn górnych, rozszerzenie żył na klatce piersiowej z przodu, przekrwienie błony śluzowej jamy ustnej i spojówek. Z przodu nad mostkiem i z tyłu przykręgosłupowo po stronie prawej przytłumienie zlewające się stłumieniem serca; poza tym po prawej stronie stłumienie poniżej kąta łopatki. Osłuchowo w płucach: szmery pęcherzykowe zaostrzone, liczne furczenia, świsty. W płucu prawym, poniżej kąta łopatki szmery pęcherzykowe osłabione. Granice serca: lewa dochodzi do linii środkowo-obojczykowej lewej, górna na III żebrze, prawa zlewa się ze stłumieniem płuca prawego. Nad wszystkimi ujściami serca słyszalne dwa tony, czynność serca miarowa, ok. 90/min. Ciśnienie krwi tętnicze 150/100 mm Hg. Jama brzuszna, układ ruchowy i nerwowy bez zmian. Krew: Hb 62%, krwinki czerwone 3,830.000. Wskaźnik barwny 0,81. Krwinki białe 7.200. Obraz krwi: kwasochłonne 0,5%. Obojętnochłonne młode 2%, pałeczkowate 3,5%, podzielone 70%. Limfocyty 24%. Odczyn Biernackiego: po 1 godz. 62 mm, po 2 godz. 96 mm, średnia z 2 godz. 55 mm. Odczyny serologiczne we krwi ujemne. Mocz bez zmian. Zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej wykazało: środkowy cień klatki piersiowej (śródpiersia) jest silnie rozszerzony ku stronie prawej i wpukla się głęboko w pole płucne prawe. Tchawica i tętnica główna przesunięte ku stronie lewej. Dolne pole płuca prawego przyćmione, od góry odgraniczone zlepem międzypłatowym. Rozpoznanie: Tumor mediastini dextri, prob. lymphosarcoma. Dislocatio tracheae et aortae ad sin. Pleuritis exsudativa dextra. Oedema mucosae tracheae et bronchorum. W dwa dni po przyjęciu na oddział zauważono niemiarowość i przyśpieszenie tętna, a elektrokardiogram wykazał: przesunięcie osi elektrycznej w prawo zaznaczone. Migotanie przedsionków. Ilość skurczów komór około 155/min. Niski woltaż R w 4 odprowadzeniach. Spłaszczone T_1, płaskie $T_{2,3}$; w 3 dni później stwierdzono znowu tętno miarowe, a zdjęcie elektrokardiograficzne wykazało: PQ 0.17 sek. QRS 0,07 sek. Rytm zatokowy miarowy, 100/min. Przesunięcie osi elektrycznej w prawo zaznaczone. Spłaszczone P_1, słabo — dodatnie $P_{2,3}$. Niski woltaż R w 3 odprowadzeniach. Spłaszczenie T w 3 odprowadzeniach. W następnych dniach pobytu chorego na Oddziele nie spostrzegano więcej migotania przedsionków. Przez cały czas chory nie otrzymywał leków nasercowych. Po 2 tygodniach chory zmarł, wśród objawów narastającej duszności. Rozpoznanie sekcyjne: Lymphosarcoma lymphoglandularum mediastini ss. compressione tracheae et bronchi dextri. Metastases sarcomatosae lobi inf. pulm. dextri, glandularum suprarenalium et renum. Pleuritis exsudativa dextra. Bronchitis mucosa diffusa. Atelectasis pulmonis dextri. Synechiae pleurales ambilaterales.

Przypadek 2: L. p. 12600/475/45. Chory Sta. Fe., lat 50, inżynier, podaje, że od 7 tygodni odczuwa silne kłucie w klatce piersiowej, kaszle, gorączkuje do 39° C. Stracił około 10 kg na wadze i osłabł. Ze strony serca nie ma żadnych dolegliwości. Opukowo stwierdzono: stłumienie przykręgosłupowo z tyłu, w zakresie płata środkowego płuca prawego. Osłuchowo w miejscu stłumienia szmery oddechowe zaostrzone, liczne furczenia i świsty, zwłaszcza po stronie prawej. Serce w granicach prawidłowych. Nad wszystkimi ujściami słyszalne dwa tony czyste. Czynność serca miarowa, około 120/min. Ciśnienie krwi 160/100 mm Hg. Inne narządy bez zmian. Krew: Hb 66%. Krwinki czerwone 4,300.000. Wskaźnik barwny 0,76. Krwinki białe 10.700. Obraz krwi: obojętnochłonne pałeczkowate 3%, podzielone 67%. Limfocyty 26%. Monocyty 4%. Odczyn Biernackiego: po 1 godz. 65 mm, po 2 godz. 110/mm, średnia z 2 godzin 60 mm. Odczyny serologiczne we krwi ujemne. Mocz bez zmian. Zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej wykazało naciek, wychodzący z wnęki prawej, łączący się z śródpiersiem i wnikający w płat środkowy płuca prawego. Rysunek naczyniowo-oskrzelowy wzmożony. Rozpoznano: Ca hili pulmonis dextri. Po 2 tygodniach pobytu chorego na Oddziele spostrzeżono niemiarowe tętno, a elektrokardiogram wykazał: migotanie przedsionków, ilość skurczów komór około 160/min. Niski woltaż w 4 odprowadzeniach. Głębokie S_4. Spłaszczone $T_{1,2,3}$. Chory nie odczuwał dolegliwości ze strony serca i nie otrzymywał środków nasercowych. Po zastosowaniu naświetlań promieniami Roentgena (30 naświetlań po 150 erów) stan ogólny chorego poprawił się, a naciek nowotworowy zmniejszył się wybitnie. Migotanie przedsionków utrzymywało się nadal do końca na Oddziele, tj. przez okres 2 miesięcy.

P r z y p a d e k 3. L. p. 17717/504/46. Chory Ge. sta., lat 40, ślusarz, podaje, że od 2 miesięcy odczuwa duszność, kłucie w klatce piersiowej, poci się i nie może spać. Przed 2 tygodniami zauważył z przodu na klatce piersiowej po prawej stronie guzowate wypuklenie niebolesne oraz obrzęk z sinym zabarwieniem twarzy, szyi i kończyn górnych. Stracił kilka kg na wadze. Badaniem stwierdzono: obrzęk twarzy, szyi i kończyn górnych. Na przedniej ścianie klatki piersiowej po stronie prawej guz wielkości pięści, leżący między II a IV żebrem przymostkowo. Skóra nad nim lekko obrzękła, przesuwalna. Opukowo po stronie prawej stwierdzono stłumienie z tyłu przykręgosłupowo, sięgające od połowy łopatki w dół. Osłuchowo szmery oddechowe nad płucem prawym osłabione, nad płucem lewym zaostrzone. Drżenie głoso-

we po prawej stronie osłabione. Serce w granicach prawidłowych. Nad ujściami serca słyszalne dwa tony. Czynność serca miarowa, 80/min. Ciśnienie krwi 140/90 mm Hg. Układ ruchowy, nerwowy i narządy jamy brzusznej bez zmian. Krew: Hb 65%. Krwinki czerwone 3.580.000. Wskaźnik barwny 0,92. Krwinki białe 2.300. Obraz krwi: kwasochłonne 5%. Obojętnochłonne pałeczkowate 3%, podzielone 65%. Limfocyty 20%. Monocyty 7%. Odczyn Biernackiego po 1 godz. 27 mm, po 2 godz. 55 mm, średnia z 2 godzin 27 mm. Odczyny serologiczne we krwi ujemne. Mocz bez zmian. Zdjęcie klatki piersiowej wykazało duży guz, wychodzący z wnęki prawej, łączący się z śródpiersiem i wnikający w środkowy i dolny płat płuca prawego, które jest mniej powietrzne. W kące przeponowo-żebrowym prawym trochę płynu. Elektrokardiogram (Ryc. 1a odpr. II): PQ 0,15 sek., QRS 0,08 sek. Przesunięcie osi elektrycznej w prawo zaznaczone. Rytm zatokowy, miarowy około 84/min. $P_{1,2,3}$ dodatnie, P_4 spłaszczone. $S_{1,4}$ głębokie. $T_{1,3}$ spłaszczone. Rozpoznano: Tumor hili dextri ss. atelectasi pulmonis dextri et compressione venae cavae sup. Metastases cutis parietis anterioris thoracis dextri. U chorego rozpoczęto naświetlanie promieniami Roentgena. Po drugim naświetlaniu zauważono niemiarowość i przyśpieszenie tętna, które wystąpiło u chorego bez żadnych dolegliwości sercowych i nie było przez niego odczuwane. Zdjęcie

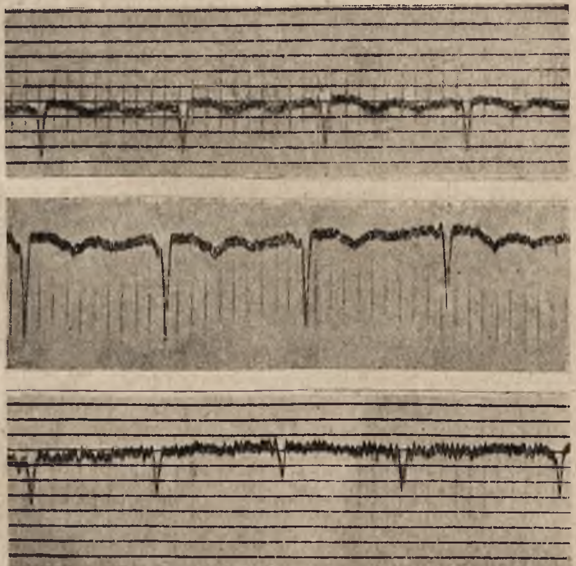
Ryc. 1. II odpr.

a

b

c

d



elektrokardiograficzne wykazało (ryc. 1b odpr. II): migotanie przedsionków. Ilość skurczów komór około 115/min. Niski woltaż R w 4 odprowadzeniach. Wysokość załamków R zmienna. $S_{1,4}$ głębokie. $T_{1,2,3}$ spłaszczone. Chorego naświetlano dalej, leków nasercowych nie podawano. Po miesiącu trwania migotania przedsionków, w którym to czasie chory otrzymał 20 naświetlań po 150 erów spostrzeżono, że tętno jest miarowe, a elektrokardiogram wykazał (ryc. I c II odpr.): PQ 0,22 sek. QRS 0,08 sek. Rytm zatokowy, miarowy, 120/min. $P_{1,2}$ szerokie od 0,11—0,12 sek. zazębione (P. praefibrillatorium) $P_{3,4}$, spłaszczone, zazębione. S_1 zaznaczone. S_4 głębokie. $T_{1,2,3}$, spłaszczone. Zdjęcie klatki piersiowej wykonane w tym dniu wykazało: zmniejszenie się nacieku nowotworowego do połowy i wyjaśnienie płuca prawego. Stan chorego poprawił się znacznie, duszność, sinica, obrzęk twarzy i kończyn górnych ustąpiły; zniknął także guz na przedniej ścianie klatki piersiowej. W tydzień później chorego wypisano a elektrokardiogram wykonany w tym dniu (ryc. 1d II odpr.) wykazał zmiany, jak na zdjęciu poprzednim bez migotania przedsionków. Czynność serca wynosiła 100/min.

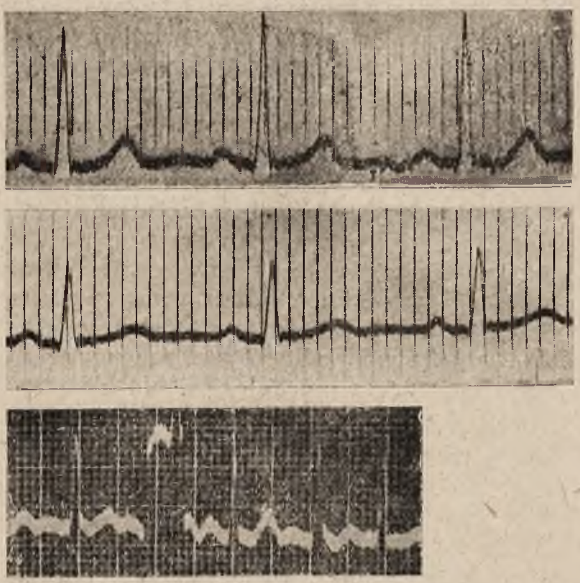
P r z y p a d e k 4: L. p. 12665/270/47. Chory Li. Ja., lat 45, maszynista kolejowy, podaje, że przed 2 laty zachorował na zapalenie opłucnej lewostronne, wysiękowe, które co kilka miesięcy powtarzało się. Ostatni nawrót choroby przed ½ rokiem. Stwierdzono wówczas obok zapalenia opłucnej, zapalenie nerek z obrzękami. Leczył się w szpitalu i sanatorium z chwilową poprawą. Gorączka utrzymywała się stale około 38° C. Przy pierwszym badaniu stwierdzono: lewa połowa klatki piersiowej zaciągnięta, słabo oddechowo ruchoma. Granica dolna płuca lewego nieruchoma. Przywnękowo z tyłu w połowie łopatki stwierdza się przytłumienie. Szmery oddechowe po stronie lewej osłabione, po stronie prawej prawidłowe. Serce w granicach prawidłowych. Osłuchowo nad wszystkimi ujściami dwa głośne tony. Czynność serca miarowa, 80/min. Ciśnienie 140/90 mm Hg. Jama brzuszna, układ ruchowy i nerwowy bez zmian. Krew: Hb 78%. Krwinki czerwone 4.020.000. Wskaźnik barwny 0,97. Krwinki białe 3.700. Obraz krwi: kwasochłonne 1%. Obojętnochłonne pałeczkowate 2%, podzielone 84%. Limfocyty 10%. Monocyty 3%. Odczyn Biernackiego: po 1 godz. 135 mm, po 2 godz. 140 mm, średnia z 2 godzin 102,5 mm. Odczyny serologiczne we krwi ujemne. Mocz: c. gat. 1015, kwaśny, białko 1‰, w osadzie poszczególne krwinki czerwone i białe i nieliczne wałeczki szklisto-ziarniste. Zdjęcie klatki piersiowej wykazało: pole płucne lewe mniej powietrzne, płuco zaciągnięte. Z wnęki lewej wychodzi guz ostro odgraniczony, wpuklający się w płat dolny płuca lewego. Ponadto rozległe zrosty przeponowo-żebrowe. Elektrokardiogram (ryc. 2a II odpr.): PQ 0,16 sek. QRS 0,08 sek. Rytm zatokowy, miarowy, 85/min. $P_{1,4}$ płaskie. $P_{2,3}$ dodatnie. $R_{1,2,4}$ wysokie. Rozpoznano: Tumor hili sinistri. Adhaesiones pleurales sinistrae. Nephritis chronica. U chorego zastosowano leczenie wzmacniające bez naświetlań promieniami Roentgena, na które chory nie zgodził się. Stan chorego poprawił się i po 2 tygodniach wypisano go na własne żądanie.

Ryc. 2. II odpr.

a

b

c



Zgłosił się powtórnie po miesiącu z powodu gorączek do 39° C i kłucia w boku lewym. Badaniem stwierdzono wtedy rozszerzenie stłumienia względnego serca na prawo, na dwie szerokości palca na zewnątrz prawego brzegu mostka i na lewo do linii przedniej lewej, a słuchowo rozległe tarcie osierdziowe. Poza tym stan chorego, jak przy pierwszym pobycie na Oddziele. Elektrokardiogram (ryc. 2b II odpr.) wykazał: PQ 0.15 sek. QRS 0,08 sek. Rytm zatokowy — miarowy, 83/min. $P_{1,4}$ płaskie. $P_{2,3}$ dodatnie. R_3 niskie. R_4 wysokie. $P_{1,4}$ spłaszczone. Rozpoznano: Tumor hili sinistri. Pericarditis metastatica neoplasmatica. Chory nie zgodził się na naświetlanie promieniami Roetngena. Zastosowano leczenie objawowe, po którym gorączka i bóle w boku lewym ustąpiły. Po tygodniu znikło także tarcie osierdziowe. Chorego wypisano na własne żądanie; zgłosił się znowu po 1 miesiącu z powodu bardzo silnych bólów w krzyżach i w kończynie dolnej prawej. Skarżył się także wtedy na bicie serca i kłucie w boku lewym. Badaniem stwierdzono stłumienie zupełne nad lewym płucem i zniesienie szmerów oddechowych. Drżenie głosowe było osłabione. Granic serca nie można było oznaczyć ze względu na stłumienie obejmujące całą lewą stronę klatki piersiowej. Osłuchowo w sercu nad wszystkimi ujściami dwa głośne tony. Czynność serca przyśpieszona, niemiarowa, około 140/min.; ciśnienie krwi 130/90 mm Hg. Kręgosłup lędźwiowy bolesny na opukiwanie. Objaw Laségua po stronie prawej silnie dodatni. Objaw Krzemickiego dodatni. Lewy sutek powiększony, nacieklý, niebolesny. Elektrokardiograficznie stwierdzono (ryc. 2 c II odpr.): migotanie przedsionków, czynność komór nieregularna, około 140/min. Rozpoznano: Tumor hili sinistri. Metastases neoplasmaticae pleurae sinistrae, musculi cordis, mammae sinistrae et columnae vertebralis lumbalis. I tym razem chory nie zgodził się na naświetlanie promieniami Roentgena. Wobec tego zastosowano leczenie czysto objawowe i podano naparstnicę w dawce po 0,05 trzy razy dziennie. Po 3 tygodniach zażywania leku stwierdzono jedynie zwolnienie tętna do 90/min. Niemiarowość zupełna utrzymywała się nadal. Chory opuścił Oddział na własne żądanie.

Przypadek 5. L. p. 18847/445/47. Chory Go. Ka., lat 41, rolnik, podaje, że od 4 miesięcy kaszle i odpluwa plwocinę pienistą, podbarwioną czasem krwią. Odczuwa duszność, zwłaszcza podczas wysiłków fizycznych. Od miesiąca gorączkuje do 38° C. Stracił na wadze około 10 kg. W 18 roku życia kiła, którą leczył długi czas; odczyn Wassermanna we krwi stale ujemny. Badaniem stwierdzono: z tyłu po stronie prawej przywnękowo między VI a VIII żebrem stłumienie. Szmery oddechowe, pęcherzykowe zaostrzone, liczne furczenia i świsty zwłaszcza po stronie prawej. Przywnękowo w zakresie płata górnego płuca dość liczne rzężenia drobno- i średniobańkowe mieszane. Serce w granicach prawidłowych. Nad wszystkimi ujściami dwa tony. Czynność serca miarowa 80/min. Ciśnienie krwi 150/100 mm Hg. Jama brzuszna, układ ruchowy i nerwowy bez zmian. Krew: Hb 75%. Krwinki czerwone 3,800.000. Wskaźnik barwny 0,98%. Krwinki białe 6.500. Obraz krwi: obojętnochłonne pałeczkowate 5%, podzielone 68%, Limfocyty 25%. Monocyty 2%. Odczyn Biernackiego: po 1 godz. 80 mm., po 2 godz. 100 mm. średnia z 2 godz. 65 mm. Odczyny serologiczne we krwi ujemne. Mocz bez zmian. Zdjęcie klatki piersiowej wykazało: w prawej wnęce duży naciek łączący się z śródpiersiem, wrastający w środkowy i górny płat płuca prawego, nieostro od otoczenia odgraniczony, o niejednolitym wysyceniu. Elektrokardiogram (28. VII.) wykazał: PQ 0,15 sek. QRS 0,08 sek. Rytm zatokowy, miarowy, 90/min. $P_{1,2,3}$, słabo dodatnie. P_4 słabo ujemne. S_4 głębokie. T_3 spłaszczone. Rozpoznanie: Infiltratio hili dextri et perihilica dextra)Tbc. ? Neo ?). Rozstrzygnięcie, czy w przypadku tym mamy do czynienia z guzem nowotworowym, czy zapalnym natrafiało na pewne trudności ze względu na niezbyt charakterystyczny obraz radiologiczny. W plwocinie nie znaleziono prątków Kocha, ani włókien sprężystych, a badanie laryngologiczne dało wynik ujemny. Choremu podano piramidon po 0,5 trzy razy dziennie i wstrzykiwano dożylnie wapń z wiaminą C. Po tygodniu gorączka i krwioplucie ustąpiły, a objawy nieżytu rozlanego zmniejszyły się. Przypuszczając, że w przypadku tym mamy do czynienia z naciekiem gruźliczym, choremu założono odmę. Po szóstym dopełnieniu wystąpiło nagle utrudnienie połykania, a zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej wykazało: płuco prawe jest uciśnięte do ⅓ objętości, a naciek wielkości pięści uległ wybitnemu zagęszczeniu i zepchnięciu ku wnęce. Prześwietlenie przełyku wykazało, że guz wpukla się do światła przełyku na przestrzeni około 9 cm, w części środkowej. Równocześnie wystąpiło migotanie przedsionków, co utwierdziło nas w przypuszczeniu, że mamy do czynienia z guzem nowotworowym. Elektrokardiogram (22. X.) wykazał: migotanie przedsion-

ków, czynność komór niemiarowa, około 160/min. S_1 zaznaczone. S_4 głębokie. $ST_{1,2}$ obniżone. $T_{2,4}$, słabo ujemne. U chorego zaprzestano dopełniania odmy i rozpoczęto naświetlanie promieniami Roentgena. Po 15 naświetlaniach zauważono, że czynność serca jest miarowa. Zdjęcie elektrokardiograficzne wykazało (11. XI.): PQ 0,14 sek. QRS 0,08 sek. Rytm zatokowy, miarowy, 104/min. $P_{1,4}$, płaskie. $P_{2,3}$ dodatnie. R_1 niskie. $T_{1,2,3}$ spłaszczone. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało wessanie się powietrza z jamy opłucnowej prawej i rozprężenie płuca oraz rozrzedzenie nacieku. Również ustąpiły trudności w połykaniu. Po ukończeniu naświetlań stan chorego poprawił się, a migotanie przedsionków nie powtórzyło się. Chorego wypisano.

Omówienie przypadków. W przedstawionych przypadkach stwierdziliśmy nowotwór śródpiersia prawego (przypadek 1), nowotwór wnęki prawej (przypadek 2, 3, 5) i nowotwór wnęki lewej (przypadek 4). We wszystkich przypadkach guz nowotworowy łączył się ściśle ze śródpiersiem i wzrastał w bezpośrednie sąsiedztwo serca. Ponadto w przypadku 1. stwierdzono wysięk opłucnowy prawostronny, a w przypadku 4. wysięk opłucnowy lewostronny, zapalenie osierdzia, a później przerzuty nowotworowe w płucu lewym, sutku lewym i kości krzyżowej. Wszyscy chorzy nie mieli ze strony serca większych dolegliwości, a badanie serca przy przyjęciu nie wykazywało zmian chorobowych. Ilość tętna wahała się od 80 do 94/min., a w 2. przypadku 120/min. Ciśnienie krwi było prawidłowe. Elektrokardiogram wykonany w dniu przyjęcia do szpitala u chorego 3, 4, 5, nie wykazywał większych zmian chorobowych. Podczas pobytu na Oddziele wystąpiło u wszystkich chorych migotanie przedsionków z nieregularną i przyśpieszoną czynnością komór (tachyarythmia perpetua), wahająca się od 120 — 160/min. Migotanie przedsionków utrzymywało się u chorego 1 przez 3 dni, po czym ustąpiło samoistnie. W przypadkach 2, 5 migotanie przedsionków ustąpiło po naświetlaniu promieniami Roentgena. U chorego 2. nie usąpiło mimo zastosowania naświetlań promieniami Roentgena, po których stwierdzono wybitną poprawę kliniczną. W przypadku 4., w którym nie zastosowano naświetlań, migotanie przedsionków nie ustąpiło. Naparstnica podana w tym przypadku zwolniła czynność serca ze 140 na 90/min. Na uwagę zasługuje fakt, że w przypadkach 3, 4, 5, w których przy przyjęciu do szpitala nie stwierdzano elektrokardiograficznie poważniejszych zmian w mięśniu sercowym, już podczas wystąpienia migotania przedsionków, a w przypadku 3 i 5 także po jego ustąpieniu stwierdzono elektrokardiograficznie duże zmiany mięśniowe. Ponadto w przypadku 3. stwierdzono po ustąpieniu migotania przedsionków przedłużenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego z 0,18 sek. od 0,22 sek. i zmiany w załamkach $P_{1,2}$, które stały się szerokie i zazębione. W przypadkach 1 i 2, w których przy przyjęciu nie wykonano elektrokardiogramu ze względu na brak jakichkolwiek podejrzeń na schorzenie serca, a przeprowadzono je dopiero w chwili wystąpienia migotania przedsionków, wykazano również duże zmiany mięśniowe. Mogłoby to świadczyć o tym, a zwłaszcza w przypadkach 3 i 4, że nowotwór wywierał bezpośredni wpływ nie tylko na nerw błędny i sympatyczny, lecz także na układ bodźco-twórczy i przewodzący serca. A później, kiedy wrócił prawidłowy rytm serca, zmiany w mięśniu sercowym utrzymywały się nadal, co przemawia za jego rozległym uszkodzeniem.

Etiologia migotania przedsionków. Rozpatrując powyższe zmiany w sercu nasuwa się pytanie, jakie czynniki wywołały migotanie przedsionków. Od czasu, kiedy Wenckebach pierwszy wypowiedział zdanie, że zaburzenia rytmu serca polegają na zmianach w układzie swoistym serca, liczni autorzy starali się wykazywać, jakiego rodzaju zaburzenia rytmu występują przy schorzeniu danej części tego układu. Zaznaczyć należy, że czynniki toksyczne mogą wywołać zaburzenia rytmu serca bez stwierdzalnych zmian anatomicznych w układzie bodźco-twórczym i przewodzącym serca, powodując jego wyczerpanie albo zwiększenie pobudliwości. Podczas gdy sprawa tzw. bloków serca jest już dzisiaj prawie w zupełności rozwiązana i wiadomo jakiego rodzaju bloki występują przy uszkodzeniu układu przewodzącego w ściśle określonym miejscu, to sprawa umiejscowienia ogniska chorobowego, powodującego migotanie i trzepotanie przedsionków pozostaje nadal otwarta. Ritchie stwierdził zmiany w węźle zatokowym Keith-Flacka i w układzie przedsionkowo-komorowym. Zdaniem Freunda migotanie i trzepotanie przedsionków jest wywołane wyłączeniem węzła zatokowego, a nieregularna czynność komór jest spowodowana uszkodzeniami układu przedsionkowo-komorowego. Cowan, Fleming, Kennedy podają, że zmiany anatomiczne mogą występować jedynie w układzie swoistym serca, albo równocześnie ze zmianami w mięśniu sercowym. Hutcheson zaś stwierdził w przypadku migotonia przedsionków, w mięśniach przedsionków zwiększoną ilość włókien mięśni gładkich, które w zdrowym sercu znajdują się w znikomej ilości pod wsierdziem lewego przedsionka. Jarisch na podstawie badania histologicznego serca w 7 przypadkach migotania przedsionków doszedł do wniosku, że zaburzenie to nie ma charakterystycznego dlań obrazu anatomicznego, ani w mięśniu sercowym, ani w układzie swoistym. Zdaniem jego zasadniczą przyczyną jest przeciążenie i uszkodzenie przedsionka prawego i wciągnięcie w proces chorobowy węzła zatokowego. Drugim czynnikiem jest wytworzenie podniet w innym miejscu z następową interferencją podniet z węzła zatokowego i z nowego ogniska bodźco-twórczego. Ważną rolę odgrywa jego zdaniem także nerw błędny, który w wypadku uszkodzenia węzła zatokowego jako ośrodka bodźco-twórczego łatwiej wywołuje zaburzenie w wytwarzaniu podniet. Także zdaniem Kocha zasadniczą rolę w powstawaniu migotania i trze-

potania przedsionków odgrywa rozszerzenie prawego przedsionka i rozciągnięcie węzła zatokowego, jego wyczerpanie i przejęcie czynności bodźco-twórczej przez węzeł Aschoffa-Tawary. Czynniki nerwowe odgrywają jego zdaniem także ważną rolę. Przytoczeni na początku autorzy Nieuwenhizen i Kamerling przyjmują za przyczynę zaburzeń rytmu serca w przypadkach nowotworów płuc spostrzeganych przez nich pobudzenie nerwu błędnego i sympatycznego. (l'excitation vagale et sympatique). W niektórych bowiem przypadkach, w których stwierdzali bądź migotanie przedsionków, bądź częstoskurcz napadowy przedsionkowy i komorowy wykazywali pewne cechy pobudzenia nerwu sympatycznego, jak wytrzeszcz gałek ocznych, rozszerzenie źrenic, a sekcja zwłok wykazywała ponadto uszkodzenie nerwu błędnego. Rothberger i Winterberg wykazali na zwierzętach, że drażniąc nerw błędny lub sympatyczny można wywołać częstoskurcz napadowy. W doświadczeniach tych wykazali oni także, że układ sympatyczny (n. accelerantes) usposabia do powstania bodźców (heterotopowych) poza węzłem zatokowym. jeżeli istnieje równocześnie przewaga nerwu błędnego. Ten ostatni czynnik ma zmniejszać znaczenie węzła zatokowego w powstawaniu podniety. Mlle Lohr przypuszcza, że te same czynniki mogą wywołać u człowieka częstoskurcz napadowy. Zdaniem Nieuwenhizena i Kamerlinga fakt, że w większości ich przypadków zaburzenia polegały na występowaniu migotania przedsionków, a nie częstokurczu napadowego-przedsionkowego nie jest istotny, ponieważ doświadczenia na zwierzętach wykazały, że oba rodzaje zaburzenia rytmu serca można wywołać przez drażnienie nerwu błędnego i sympatycznego. Ponadto autorzy ci spostrzegali przypadek, w którym napady częstoskurczu występowały naprzemian z migotaniem przedsionków, co świadczy o ich powinowactwie pomiędzy sobą. Również zdaniem de Boera migotanie przedsionków, częstoskurcz napadowy i skurcze dodatkowe występujące gromadnie (extrasystolies en salves) mogą mieć wspólne pochodzenie.

Przyczyna migotania przedsionków w omawianych przypadkach. Wydaje się prawdopodobnym, że właściwym czynnikiem, który wywołał w opisanych przypadkach migotanie przedsionków jest bezpośredni wpływ mechaniczny tkanki nowotworowej na nerw błędny i sympatyczny względnie na układ bodźcotwórczy serca. Jakkolwiek nie można wykluczyć możliwości zadziałania czynnika toksycznego na układ swoisty serca, to jego znaczenie przyczynowe w powstawaniu migotania i trzepotania przedsionków wydaje się odgrywać małą rolę. Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że w przebiegu różnego rodzaju nowotworów złośliwych umiejscowionych w przewodzie pokarmowym, nerkach, wątrobie i innych narządach nie spotykamy zaburzenia rytmu serca, a zwłaszcza migotania i trzepotania przedsioków. W przypadkach naszych nowotwór, wychodząc z wnęki płuca lub śródpiersia, łatwo mógł wywrzeć wpływ mechaniczny na nerw błędny i sympatyczny albo wzrastając w mięsień sercowy albo dając do niego przerzuty, mógł uszkodzić układ swoisty serca. Bezpośrednią przyczyną zaburzeń rytmu serca mógł być wpływ mechaniczny tkanki nowotworowej na nerw błędny względnie sympatyczny; przemawia za tym przede wszystkim pojawienie się częstoskurczu zatokowego w większości przypadków nowotworów płuc dochodzącego nawet do 160/min. Także w opisanych przeze mnie przypadkach migotania przedsionków wystąpiło równocześnie przyśpieszenie czynności serca (tachyarythmia perpetua). W niektórych przypadkach (przypadek 3, 4) obok wpływu na nerw błędny i sympatyczny istniał także bezpośredni wpływ na układ bodźco-twórczy i przewodzący serca. W 1. przypadku dużego nowotworu śródpiersia, w przebiegu którego wystąpiło migotanie przedsionków i po 3 dniach samoistnie ustąpiło, sekcja zwłok nie wykazała zmian nowotworowych w mięśniu sercowym. Przypuścić należy zatem, że ucisk na nerw błędny lub sympatyczny był bezpośrednim powodem migotania przedsionków. W przypadku 2, w którym migotanie przedsionków pojawiwszy się raz nie ustąpiło po naświetlaniu promieniami Roentgena, mimo że guz nowotworowy znacznie zmniejszył się i stan chorego poprawił się, nie można powiedzieć napewno, jaka była przyczyna. Prawdopodobnie tkanka nowotworowa uszkodziła do tego stopnia nerw błędny lub sympatyczny, że zastosowane leczenie promieniami Roentgena i znaczne zmniejszenie się guza nowotworowego nie przywróciło ich pierwotnego stanu. W przypadku 3. przyczyną migotania przedsionków mógł być wpływ nowotworu na nerw błędny i sympatyczny i na układ bodźcotwórczy serca. Prawidłowy rytm wrócił dopiero po ukończeniu naświetlań rentgenowskich, kiedy nowotwór znacznie zmniejszył się, a obrzęk górnej połowy ciała, duszność i sinica ustąpiły zupełnie. W elektrogramie pozostały jednak obok zmian w załamkach T zmiany w załamkach P, które stały się szerokie i zazębione, a przewodnictwo przedsionkowo-komorowe uległo przedłużeniu z 0,18 sek. do 0,22 sek.: rytm serca uległ zwolnieniu do 100/min. Wystąpienie tych zmian w elektrokardiogramie mogłoby przemawiać za tym, że nowotwór rozrastając się nie tylko uciskał na nerw błędny i sympatyczny, lecz także wzrastając lub dając przerzuty do serca, a ściślej mówiąc do przedsionków serca, wywierał bezpośredni wpływ na układ bodźco-twórczy i przewodzący serca. W przypadku 4. można by przyjąć bezpośredni wpływ nowotworu na układ bodźco-twórczy serca, za czym przemawiałoby wystąpienie licznych przerzutów do płuca lewego bez zajęcia śródpiersia, do sutka lewego i do osierdzia z następowym zapaleniem osierdzia, które poprzedziło migotanie przedsionków. Uszkodzenie nerwu błędnego lub sympatycznego można wykluczyć, ponieważ zastosowanie naparstnicy zwolniło wybitnie czynność serca, co świadczy o jego prawidłowej czynności. W przypadku 5. za przyczynę migotania przedsionków przyjmuję bezpośredni wpływ tkanki nowotwo-

rowej na nerw błędny i sympatyczny. Jak z opisu przypadku wynika, migotanie przedsionków wystąpiło po założeniu odmy i zepchnięcia guza nowotworowego do śródpiersia, co spowodowało ucisk na wymienione nerwy i na przełyk z niemożnością połykania. Po zaprzestaniu dopełniania odmy i zastosowaniu naświetlań promieniami Roentgena, w następstwie czego guz uległ zmniejszeniu i rozluźnieniu, płuco rozprężyło się i przełykanie odbywało się bez przeszkód, ustąpiło także migotanie przedsionków.

Streszczenie

Na podstawie spostrzeganych przeze mnie przypadków nowotworów płuc i śródpiersia wynika, że dość częstym objawem w przebiegu tego schorzenia są zaburzenia rytmu serca, występujące jako migotanie i trzepotanie przedsionków z przyśpieszeniem czynności komór (tachyarythmia perpetua). Przyczyną tych zaburzeń rytmu serca jest prawdopodobnie bezpośredni mechaniczny wpływ tkanki nowotworowej na nerw błędny i sympatyczny lub uszkodzenie przez tkankę nowotworową układu bodźco-twórczego i przewodzącego serca. W niektórych przypadkach tkanka nowotworowa działała na oba układy równocześnie. W większości przypadków pierwotnych i wtórnych nowotworów śródpiersia występuje częstoskurcz zatokowy wywołany uszkodzeniem nerwu błędnego i sympatycznego. Ustąpienie migotania przedsionków idzie w parze ze zwolnieniem czynności serca, co również może przemawiać za tym, że jest ono wywołane wpływem mechanicznym na nerw błędny i sympatyczny. Migotanie i trzepotanie przedsionków może powstać także wskutek bezpośredniego wpływu tkanki nowotworowej na układ bodźco-twórczy serca, jak w przypadku 4. Tkanka nowotworowa może wywierać równocześnie wpływ na nerw błędny i sympatyczny i na układ bodźco-twórczy serca (przyp. 3), powodując migotania przedsionków, zmiany w załamkach P i w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym. Po ustąpieniu migotania przedsionków stwierdza się w elektrokardiogramie zmiany w załamkach T (spłaszczenie, odwrócenie), których nie było przy pierwszym badaniu. Zaburzenia rytmu serca nie powodują większych dolegliwości i często nie są spostrzegane przez chorych. Jeżeli tkanka nowotworowa nie doprowadziła do nieodwracalnego uszkodzenia nerwu błędnego i sympatycznego, względnie układu bodźco-twórczego serca, wówczas naświetlanie promieniami Roentgena może przywrócić prawidłowy rytm serca (przyp. 3, 4).

PIŚMIENNICTWO:

1) Auerbach, Epstein i Gold: Amer. Heart J. 1936, T. 12, n. 4, str. 467—472. — 2) Benhamon, Ed. R. Montpellier i G. C. Solal: Arch. Mal. Coeur 31, 17—24, 1938. — 3) Bock Hans Ebhard: Münch. med. Wschr. 1935 II, 2063—2067. — 4) Brill J. C.: Ann. int. Med. 10, 1487—1502, 1937. — 5) Butterfield i Hunt: Quart. Journ. of med. t. 209, 1914. — 6) Clerc, A. P. Gauthier - Villars, J. Delamare i Rogé: Arch. Mal. Coeur 30, 361—375, 1937. — 7) Freund: Dtsch. Arch. f. Klin. Med. T. 106, 1912. — 8) Gilchrist A. Fae i W. Gilbert Millar: Edinburgh med. J. N. s. s. 43, 243—258, 1936. — 9) Goldstein H. J.: New. York med. Journ. 115 Nr 2 i 3. — 10) Henke F. i O. Lubarsch: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie t. II, str. 482—525. — 11) Hewer, Thomas F. i R. P. Kemp: J. of Path. 43, 511—515, 1936. — 12) Höler, Ferdinand: Frankf. Z. Path. 51, 242—256, 1937. — 13) Hutscheson Wiliam C.: Arch. of Path. 31, 369—372. — 14) Jarisch: Dtsch. Arch. f. Klin. Med. T. 115, 1914. — 15) Kennedy: Glasgow. med. Journ. 187, 1912. — 16) Koch W.: Berl. Klin. Wochenschr. str. 1108, 1910. — 17) Korth C.: Klinische Elektrokardiographie 1942. — 18) Lisa James R., Louis Hirschhorn i Crawford A. Hart: Arch. int. Med. 67, 91—113, 1941. — 19) Lohr Mlle przyt. wg Nieuwenhizena i Kamerlinga. — 20) Langcope, Warfield T. i A. Murray Fisher: Acta med. scand. 108—529—543, 1941. — 21) Luten, Drew i E. O. Jeffreys: J. amer. med. Assoc. 107, 2099—2102, 1936. — 22) Nieuvenhizen van C. L. C. i A. W. C. G. Kamerling: Arch, Med. Coeur Nr 5, 1937. — 23) Nowicki Witold: Anatomia Patologiczna szczegółowa T. I, Kraków, 1935. — 24) Orgain, Edward S., Louis Wolff i Paul D. White: Arch. int. Med. 57, 493—513, 1935. — 25) Rezek, Ph.: Virchows Arch. 301, 305—320, 1938. — 26) Rithie: Quart. Journ. of med. 7 str. 1, 1913. — 27) Ritchie, Gordon: Amer. J. Path. 17, 483—489, 1941. — 28) Rothberger, Winterberg przyt. wg Nieuwenhizena i Kamerlinga. — 29) Scherf D.: Lehrbuch der Elektrokardiographie, Wiedeń, 937. — 30) Schmied, Bernhard: Zbl. Path. 66, 322—327, 1936. — 31) Shelburn Samuel A. i Howard Z. S. Aronson: Ann. int. Med. 14, 728—736, 1940. — 32) Stienon E.: J. belge Radiol. 25, 391—420, 1936. — 33) Wenckebach: Die unregelmässige Herztätigkeit und ihre klinische Bedeutung, Berlin i Lipsk, 1914. — 34) Wund, Werner: Z. Kreislaufforsch. 31, 56—59, 1939.

SUMMARY

Auricular Fibrillation in the Cases of Lung and Mediastinal Tumours

by M. Kędra, M. D.

On the base of the investigation of 81 cases of primary and secondary lung and mediastinal tumours the author stated in 5 cases (4 cases with lung tumour and 1 with mediastinal tumour) disturbances of the heart rhythm in the form of auricular fibrillation with accelerated ventricular action (Tachyarrhythmia perpetua).

Direct influence of the neoplastic tissue upon the vagus and sympathetic nerve or upon the sino — auricular node is probably the cause of these disturbances. In some cases observed the neoplastic tissue simultaneously influenced both these systems.

Moreover in most cases sinus tachycardia has been stated. This was caused by the stimulation of the vagus and the sympathetic nerve.

The cease of the auricular fibrillation is accompanied by the slowing of the heart action. It also proves to some extent the cause being a mechanical influence upon the vagus and the sympathetic nerve.

The cease of the auricuuar fibrillation is accompanied by the slowing of the heart action. It also proves to some extent the cause being a mechanical influence upon the vagus and the sympathetic nerve.

Changes in T waves (flattening and inversion) have been stated when the auricular fibrillation

ceased. These changes were not present at the beginning.

There were stated changes in the P waves (enlargement and notching) and increased conduction time PQ from 0,18 to 0.22 seconds in one case when the normal heart rhytm returned.

Disturbances in the heart rhytm do not cause serious symptoms and often occur unobserved by the patients.

If the neoplastic tissue had not caused a permanent damage of the vagus and of the sympathetic nerve or of the sino — auricular node, X — ray treatment may restore the normal heart rhythm.

Jan Zygmunt WALCZYŃSKI Kraków
st. asystent Zakładu

Niezwykły przypadek złożonego zamachu samobójczego przez obrażenia głowy prętem żelaznym i wbicie kołków drewnianych do gardła.

(Z Zakładu Medycyny Sądowej U. J.
. Kierownik: Prof. Dr Jan Olbrycht).

Człowiek mający zamiar pozbawić się życia, ma do swej dyspozycji cały szereg środków. Wybór tego a nie innego sposobu zależy od różnych czynników, jak płeć samobójcy, jego wykształcenie, pozycja kulturalna i społeczna, rasa, stan umysłu w czasie zamachu a dalej dostępność środków potrzebnych do odebrania sobie życia oraz splot okoliczności, towarzyszących samemu zamachowi.

Chorzy psychicznie lub przytępieni umysłowo używają dość często do odebrania sobie życia sposobów dziwacznych, nielogicznych, wydawało by się nie prowadzących do celu, nie pozbawiających natychmiast życia i nieznoszących szybko świadomości, sposobów sprowadzających duże i długotrwałe cierpienia fizyczne, używają czasem bez wyboru narzędzi znajdujących się w danej chwili pod ręką lub też sięgają po jakieś narzędzie specjalne, rzadko używane, gdy mogliby wybrać inne bardziej celowo. Z drugiej jednak strony i wśród samobójców, u których nie wykazano żadnych widocznych zaburzeń umysłowych zaobserwowano użycie nadzwyczajnych sposobów, często tak wyszukanych, że przygotowanie ich i obmyślenie musiało wymagać długiego okresu czasu. Zastosowanie przez samobójcę jednego nieodpowiedniego i nie dającego oczekiwanego efektu sposobu pociąga za sobą często użycie środków dalszych, mających przynieść wreszcie spodziewany wynik i skrócić wywołane cierpienia i prowadzi do powstania tak zwanych samobójstw złożonych.

Sposobem rzadkim, wyszukanym i niecodziennym jest zarówno utopienie się w specjalnie do tego celu sporządzonym cylindrze metalowym napełnionym szampanem, jak to przytacza w swej monografii W e i c h b r o d t, jak też i wbicie sobie kołka drewnianego do przełyku, jak to było w naszym przypadku. Oba te sposoby są jednak krańcowo od siebie odległe. Sposób pierwszy rafinowany w swej wyszukaności świadczy o stopniu cywilizacyjnym i rozległości życia uczuciowego samobójcy, mówi o chęci zaimponowania wymyślnością, oryginalnością i bogactwem nawet w chwili śmierci, o zamiarze dokonania czegoś nadzwyczajnego, czegoś, o czym długo będzie się mówić i pisać, czegoś, co będzie się ogólnie wspominać; sposób drugi, chociaż równie rzadki, jest wyszukany, lecz tylko z punktu widzenia obserwatora, a nie samego samobójcy, jest niecodzienny w swym prymitywie i świadczy nie o błyskotliwości, lecz o tępocie i ograniczeniu umysłu.

Ten drugi prymitywny zamach samobójczy miałem niedawno możność obserwować, a jego historia pokrótce przedstawia się, jak następuje.

Stanisław W., lat 51 liczący, z zawodu robotnik niekwalifikowany, mieszkał wraz z młodszą od siebie żoną, z którą miał jedno dziecko w niewielkiej odnajętej izdebce we wsi B., powiatu krakowskiego. Od dłuższego czasu zdradzał on objawy przygnębienia, zniechęcenia do życia, otępienia umysłowego, nie pracował, mało interesował się otoczeniem, lubił siedzieć przy oknie i całymi godzinami wyglądać. Ostatnią jego pracą było zakładanie drenów przy robotach melioracyjnych, skąd spodziewał się otrzymać jeszcze pewną kwotę pieniężną jako wyrównanie za przydział ziemniaków. Co do zużytkowania tej sumy miał cały szereg planów, którymi dzielił się z otoczeniem. Gdy mu jej odmówiono popadł w jeszcze większe przygnębienie. Żonę swą lubił bardzo, okazując jej duże przywiązanie, był dla niej uprzejmy i grzeczny, nie siadał, gdy widział, że ona stoi, niepokoił się i denerwował, gdy dłużej wieczorem nie wracała do domu. Natomiast małżonka nie odwzajemniała mu się tym samym uczuciem. Wychodziła przeważnie rano i wracała późnym wieczorem, pozostawiając męża głodnego i niespokojnego, wielokrotnie zapowiadała mu, że go porzuci, liczyła bowiem, że weźmie ją na służbę, a być może poślubi pewien młody znajomy wdowiec, stale odnosiła się do męża gwałtownie, ordynarnie, robiła mu ciągłe wyrzuty i wymówki, które doprowadzały do sprzeczek i kłótni. W czasie tych nieporozumień mąż zachowujący się biernie bywał bity, siniaczony, żona tłukła jego głowę o ścianę, kopała go i drapała. Ponieważ oboje małżonkowie właściwie nie pracowali, żyli w dużej biedzie z okazyjnych zarobków i handlu, co dotykało zwłaszcza męża, przesiadującego całymi dniami w domu. W myśl zasad żony lepiej było „raz dziennie zjeść i nic nie robić, niż dwa razy dnia jeść i pracować". Brat Stanisława W. i jego znajomi radzili mu kilkakrotnie, by wyniósł się od żony, on jednak nie chciał jej opuścić. Dach domu przeciekał, lecz nikt go nie naprawiał, mur od dłuższego już czasu pękł w tyle izdebki, co doprowadzało do rozpaczy Stanisława W., nie zdecydował się on jednak go naprawić, lecz tylko zapchał szparę suchymi liśćmi. Także pożycie z najbliższymi sąsiadami nie było zgodne i między mieszkańcami obu połów domu dochodziło do częstych kłótni. Nic też dziwnego, że w takich warunkach Stanisław W. okazywał objawy narastającego przygnębienia i niechęci do życia, a nawet napastowały go myśli samobójcze, z czego zdradzał się sąsiadom, bo żona nie zwracała na to uwagi.

Dnia 8. XII. 1947 r. po nowej sprzeczce z żoną pod wpływem poczucia beznadziejności swego losu począł Stanisław W. wpychać sobie do gardła w celu odebrania życia dużą łyżkę drewnianą, w czym jednak przeszkodziła mu małżonka. Po jej wyjściu wybiegł na pole i zaczął zadawać sobie z początku ciosy po głowie zgiętym prętem żelaznym od izolatora telegraficznego, a potem wpychał sobie do gardła kołki drewniane i nadziewał się otwartymi ustami na suchą, sterczącą z ziemi



gałąź krzaków rosnących w pobliżu domu. Po pewnym czasie wrócił poraniony i pokrwawiony do domu, mył się długą chwilę, a gdy przyniesiono pokrwawione kołki przestraszył się bardzo, mówiąc, że teraz napewno go zaaresztują. Przez dwa następne dni Stanisław W. pozostawał w domu, stan jego zdrowia pogorszył się jednak tak znacznie, że na polecenie organów Milicji Obywatelskiej przewieziono go dnia 10. XII. 1947 r. na Oddział Chirurgiczny Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Po przyjęciu na oddział chory był przytomny, mówił tylko szeptem i to z trudnością, zdradzał objawy duszności. Ciepłota ciała wynosiła 39°. Na głowie stwierdzono rozległe sińce, otarcia naskórka czoła i obu skroni, obrzęk górnych powiek ze zwężeniem szpary wzrokowej, przekrwieniem spojówek i wybroczynami podspojówkowymi. Szyja była obrzękła, zaczerwieniona, bolesna, w jej tkance podskórnej stwierdzono trzeszczenia dostrzegalne przy obmacywaniu. Język był suchy, lewy łuk podniebienno-językowy w swym górnym odcinku poszarpany, pokryty brudno-szarym nalotem, języczek podniebienny suchy, czerwony, częściowo poszarpany, obrzękły, tylna ściana gardła była zaczerwieniona, z owrzodzniem, pokryta brudno-szarym nalotem. Wziernikowaniem przełyku stwierdzono jego przebicie na wysokości rozdwojenia tchawicy. Płuca poza niedźwięcznymi rzężeniami grubo- i średniobańkowymi nie wykazywały zmian. Tony serca były głuche, tętno 124/min., miarowe, bardzo słabo napięte i wypełnione. W środkowej części nadbrzusza stwierdzono powierzchowne otarcie naskórka wielkości małej dłoni.

Ze względu na przebicie przełyku i trudności w łykaniu zdecydowano się na zabieg operacyjny, wykonując przetokę żołądkową sposobem W i t z e l'a. W znieczuleniu miejscowym 1‰ nowokainą otwarto jamę brzuszną, żołądek podciągnięto w ranę operacyjną powłok, utworzono tunel surowicówkowy, zeszywając fałdy ściany żołądka ponad drenem gumowym, żołądek otwarto poprzecznie na przestrzeni dostatecznej do wpuszczenia drenu, wszyto w otrzewnę ścienną ścianę żołądka w okolicy początku kanału surowicówkowego, założono wreszcie szew warstwowy powłok brzusznych, w którego górnym biegunie dren wyprowadzono na zewnątrz. Chory zniósł zabieg dobrze i przebywał na oddziele przez 9 dni. Ciepłota ciała po zwyżce w dwóch pierwszych dniach ponad 39° opadła, utrzymując się nadal między 37° a 38° z nieznacznymi wahaniami. Tętno w tym czasie wynosiło od 94 do 132 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi mierzone w drugim i siódmym dniu wykazało wysokość 95/60 mm Hg i 95/70 mm Hg. Stolce oddawał chory nieregularnie. Zdjęcie rentgenowskie czaszki zmian nie wykazało.. Ze środków leczniczych stosowano cały czas penicylinę po 100 tysięcy jednostek dziennie, środki nasercowe, morfinę, transpulminę, stawiano bańki, wlewano podskórnie roztwór fizjologiczny soli kuchennej. Rzężenia w płucach utrzymywały się przez cały czas choroby aż wreszcie dnia 18. XII. 1947 r. chory zmarł wśród objawów postępującej niedomogi krążenia.

Wykonana przeze mnie w tymże dniu w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. sekcja (nr prot. 422) wykazała poza cofającymi się śladami po obrażeniach głowy w postaci sińców okolicy czołowej, oczodołowych i skroniowej prawej i zmianami pozostającymi w związku z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym, ropowicę okolicy gardła z opisanymi uszkodzeniami łuku podniebienno-językowego lewego, języczka podniebiennego, owrzodzeniami podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardła i migdałka lewego oraz ropniem okołomigdałkowym lewym. Uszkodzeń w obrębie krtani i tchawicy oraz przełyku nie stwierdzono. Prócz tego stwierdzono zapalenie śluzowo-ropne błony śluzowej oskrzeli, odoskrzelowe zapalenie i obrzęk płuc, zwyrodnienie miąższowe narządów, obrzęk śledziony oraz początkowe okresy ogólnej miażdżycy naczyniowej i nieznaczne zrosty opłucnowe.

Z narzędzi, którymi denat zadał sobie obrażenia udało mi się uzyskać jedynie dwa kołki, uwidocznione na załączonym zdjęciu. Jeden z nich ma długość 32 cm., średnicę 4 cm., drugi długość 42 cm., jest płaski o szerokości 3 cm. Oba są na jednym tylko końcu powalane zaschniętą krwią. Pręty żelazne od izolatorów telegraficznych, takie jak użyte przez denata ważą około 700 gramów, mają kształt podobny do znaku zapytania, długość około 40 cm, są obłe, o średnicy około 17 mm, na jednym końcu nagwintowane dla wkręcenia ich do słupa telegraficznego.

Jeżeli chodzi o dane z piśmiennictwa, to w dostępnych źródłach udało mi się znaleźć tylko kilka przypadków wprowadzenia ciał obcych do gardła w celach samobójczych. Najbardziej zbliżony do mojego jest przypadek opisany przez A l l a m a g n y'ego, w którym melancholiczka usiłująca uprzednio kilkakrotnie różnymi sposobami pozbawić się życia, zmyliwszy pilnujących ją lu-

dzi, wbiła sobie do gardła szczoteczkę do zębów, która po przerwaniu ścian przełyku dostała się do jamy opłucnowej wywołując zejście śmiertelne denatki z powodu zapalenia śródpiersia.

K ü t t n e r opisuje 24-letniego więźnia operowanego z powodu połykania ciał obcych, który później wprowadził sobie do gardła złamany nóż stołowy, a ponieważ ten nie chciał się zesunąć niżej popchnął go dwoma trzonkami od łyżek. Rentgenologicznie stwierdzono obie łyżki w żołądku, nóż zaś w oskrzelu.

B y r d y podaje przypadek umysłowo chorego mężczyzny, który wetknął sobie kawałki chleba do tchawicy, a potem zadzierżgnął się.

W przypadku M a k o w c a 63-letnia kobieta w napadzie zadumy starczej usiłowała w celu samobójczym wprowadzić sobie do gardła dwa gwoździe, długości 16 cm i 13 cm. Gdy mimo uszkodzenia gardła nie udało się jej ich wprowadzić, poderżnęła sobie szyję, posługując się dwoma nożami, wycięła kawałek krtani i przez wycięty otwór wprowadziła do tchawicy te same gwoździe, z których jeden przebił do śródpiersia, a drugi do jamy opłucnowej.

Rozpatrując samobójcze obrażenia głowy narzędziami tępymi podobne, jak w podanym przeze mnie przypadku, spotykamy ich również w ogłoszonej kazuistyce bardzo niewiele. Wspomnieć tu należy o przypadkach, w których użyto narzędzi tępych lub tępokrawędzistych, jak np. kamienia ważącego 250 gramów, którym schizofrenik, uderzając wielkrotnie w prawą skroń uszkodził sobie w końcu mózg w przypadku D a b e c k'a lub bijaka do obrabiania lnu, za pomocą którego popełnił samobójstwo melancholik w przypadku C a s p e r'a i L i m a n'a.

W przypadku H o w e'go samobójca użył zaciętego rewolweru, zaś w przypadku A l b e r t'a młotka, którym uderzał w prawą skroń.

Użycie młotka przez uderzanie nim po głowie, kombinuje się z następowym użyciem siekiery i powieszeniem w przypadku dotyczącym parobka znajdującego się w stanie bredzenia durowego, podanym przez H a u m e d e r'a lub z równoczesnym użyciem siekiery, przez uderzanie w głowę, przy trzymaniu w prawej ręce młotka i lewej siekiery, w przypadku W e r k g a r t n e r'a.

Czasem samobójca używając siekiery nie uderza ostrzem, tylko obuchem, jak w przypadkach L a n g e r'a oraz K r a t t e r'a, gdzie denat zadał sobie rany obuchem siekiery w głowę, a nożem rany kłute w piersi i brzuch.

Pewne podobieństwo do obrażeń zadanych własną ręką narzędziami tępymi lub tępokrawędzistymi ma również uderzanie głową o twarde przedmioty w celu pozbawienia się życia, kombinowane zwykle z innymi sposobami, jak np. w przypadku opisanym w roku 1924 przez O t t o'a, gdzie zazdrosny mąż uderzył kilkakrotnie głową o ścianę a potem zranił się siekierą w głowę, uszkadzając kości czaszki i zmarł z upływu krwi.

W przypadku ogłoszonym przez K a r a s i a góral z Makowa, nie mogąc pozbawić się życia przez rozcięcie nożem powłok brzusznych i wypuszczeniu na zewnątrz trzewi, uderzył kilkakrotnie głową o drzewo w lesie, co jednak również nie doprowadziło go do pożądanego wyniku. Wkońcu samobójca przyszedł do zdrowia po szczęśliwie przeprowadzonej operacji.

Jak więc widać z przytoczonych przypadków, oba uwzględnione sposoby pozbawienia się życia używane są w przeważającym odsetku przez samobójców znajdujących się w stanie bądź to stałego, bądź też przejściowego istniejącego w chwili dokonywania czynu zaburzenia umysłowego. Stanisław W. w moim przypadku również wyraźnie do nich się zalicza.

Trudno jest nawet umysłowo choremu i chcącemu za wszelką cenę pozbawić się życia być tak nieczułym na ból, żeby uderzać się skutecznie po głowie przedmiotem tępym z siłą potrzebną do złamania kości czaszki i uszkodzenia mózgu lub wbijać sobie z odpowiednią siłą i w odpowiednim kierunku ciała obce do gardła, aby uzyskać szybko upragnioną śmierć. Wspólną więc cechą tego rodzaju zamachów samobójczych jest często doznanie nieznacznych tylko obrażeń, które zmuszają samobójcę do sięgnięcia po nowe narzędzie lub do zastosowania innego skuteczniejszego sposobu pozbawienia się życia, prowadząc w ten sposób do powstania samobójstw złożonych.

Obrażenia w tych przypadkach ułożone są zwykle na głowie w miejscach łatwo dostępnych dla ręki własnej samobójcy, zgrupowane w zespoły na twarzy, czole, ciemieniu i skroniach, chociaż wyjątkowo można obserwować również samobójcze obrażenia tyłogłowia (przypadek L a n g e r'a), mogące nasuwać podejrzenia działania zbrodniczego osoby drugiej.

Umiejscowienie ran, użycie kilku narzędzi, charakter samych ran, a dalej brak jakichkolwiek obrażeń przemawiających za ogłuszeniem, za stoczoną walką lub chociażby obroną przed napastnikiem pozwalają już często, nie korzystając z wywiadów i wyników dochodzeń, postawić pewne rozpoznanie samobójstwa. Z drugiej jednak strony nietypowe umiejscowienie obrażeń sprawić może biegłemu w ocenie przypadku duże trudności i sprowadzić go na fałszywe tory. Z tych wszystkich względów pozwoliłem sobie opublikować tego rodzaju rzadki i ciekawy pod względem psychologicznym i sądowo-lekarskim przypadek samobójstwa złożonego.

PIŚMIENNICTWO:

1. A l b e r t przyt. wg Merrem. (l. c.). — 2. A l l a m a g n y M: Annales de médecine legale, 3, 1923, 446. — 3. B y r d y M.: Przegląd Lekarski Nr 3, 2 ser., 1947, 367. — 4. C a s p e r, L i m a n: Praktisches Handbuch der gerichtlichen Medicin, Berlin, 1876, 2, 262. — 5. D a b e c k W.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 33 Ref., 1941, 48. — 6. F r a n k R.: Wiener Medicinische Wochenschrift, 35, 1885, 453, 487, 528. — 7. H a u m e d e r R.: Wiener medicinische Wochenschrift, 32, 1882, 531. — 8. H o w e przyt. wg Merrem. (l. c.). — 9. K a r a ś A.: Przegląd Lekarski, 46, 1907, 644. — 10. K r a t t e r: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, 35 Suppl., 3 ser., 1908, 84. — 11. K ü t t n e r: Zentralblatt für Chirurgie, 56, 1929, 669. — 12. L a n g e r L.: Wiener medicinische Wochenschrift, 28, 1878, 999. — 13. M a k o w i e c J.: Czasopismo sądowo-lekarskie, 9, 1936, 210. —

14 M e r r e m C.: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, 38, 3 ser., 1909, 237. — 15. O t t o przyt. wg Frank. (l. c.). — 16. W e i c h b r o d t R.: Der Selbstmard, Basel, 1937. — 17. W e r k g a r t n e r A.: Archiv für Kriminologie, 97, 1935, 1.

SUMMARY

An unusual case of combined suicide by injuring the head with an iron rod and driving wooden pegs into the pharynx

by J. Z. Walczyński

Quoting subject in question the author describes the case of an insane man who, intending suicide injured his head by means of a bent iron rod of an insulated telegraph conductor and next tried to drive some wooden pegs into his pharynx.

The pharynx injures resulted in infection which led to the decease of the above mentioned.

Lek. Wiktor MIKLASZEWSKI Kraków
Asystent Oddziału I B.

Znaczenie odczynu zlepnego z krwinkami barana jako próby rozpoznawczej w mononucleosis infectiosa (Odczyn Paul-Bunnella)

Z Pracowni Bakteriologicznej Oddziału Zakaźnego Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Kier.: Prof. Dr Józef Kostrzewski i z Oddziału Wewn. I B. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ordynator: Prof. Dr Edward Szczeklik.

Mononucleosis infectiosa jest jednostką chorobową, którą opisał po raz pierwszy w r. 1899 E. P f e i f f e r i nazwał ją gorączką gruczołową. Autor ten podał w pierwszym swym doniesieniu szczegółowy opis objawów klinicznych i etiologicznie określił jako chorobę zakaźną, pojawiającą się nieraz pod postacią zarazy, dotyczącej całego układu limfocytarnego. Tego rodzaju ujęcie tej jednostki chorobowej potwierdzili H e u b n e r, S t r a c k, R a u c h f u s s, P r o t r a s s o w. Jednak z biegiem czasu zapomniano, czy też nie chciano uznać istnienia gorączki gruczołowej jako odrębnej jednostki chorobowej, gdyż w piśmiennictwie światowym pojawiać się zaczęły doniesienia różnych autorów, nazywających to schorzenie rozmaicie z przypisywaniem najrozmaitszych czynników chorobotwórczych. W dwa lata po pierwszym doniesieniu P f e i f f e r a berliński pediatra N e u m a n n opisał to schorzenie jako „acute idiopatische Halsdrüsementzünndung", a w r. 1894 C o m b y mając na myśli gorączkę gruczolową P f e i f f e r a nazywa ją „Fièvre ganglionaire" i uważał, że mamy tu do czynienia więcej z miejscowym zajęciem tkanki chłonnej niż z ogólnym cierpieniem układowym. Te dwie prace wprowadziły duże zamieszanie w ujęciu tej sprawy chorobowej. Dalsze zamieszanie wprowadza G a l l o i s pisząc o „boubon adenoido — grippal" i uważa je jako następstwo zakażenia grypowego. W dalszym ciągu opisywano gorączkę gruczołową jako zakażenie gardła z powiększeniem gruczołów, jako błonicę, rzekome białaczki lub nawet jako ostre wyleczone białaczki (T ü r k). Dopiero autorzy anglosascy T i d y, D a n i e l, a potem D o n w e y, Mc K i n g l e y w r. 1922 wydobyli tę jednostkę chorobową na światło dzienne. Opisali oni zmiany charakterystyczne we krwi obwodowej i nazwali to schorzenie mononucleosis infectiosa. W tym samym czasie S p r u n t i E v a n s opisali zarazę mononucleosis infectiosa na Uniwersytecie John Hopkins w Ameryce, a C h e v a l l i e r w Paryżu G l a n z m a n n w Berlinie. Jednocześnie na kontynencie europejskim opisuje Schultz tę jednostkę chorobową jako „Monozyten-angina", P r e u s s jako anginę limfoblastyczną. Są też tacy, którzy uważają tę jednostkę za odczyn limfocytarny w przebiegu jakiegoś zakażenia (L i b m a n n).

Jak widać z powyższych wywodów tę jednostkę chorobową określa się dziś nadal różnymi nazwami i autorzy nie mogą zgodzić się na jednolite określenie tejże. Drugą fazą w rozpoznawaniu mononucleosis infectiosa było wynalezienie w r. 1932 przez P a u l i B u n n e l l a próby serologicznej polegającej na tym, że w surowicy chorych na mononucleosis infectiosa znajdują się przeciwciała, które zlepiają w wysokich rozcieńczeniach krwinki barana. To spostrzeżenie autorów amerykańskich było poprzedzone innym spostrzeżeżeniem poczynionym jeszcze w r. 1924 przez H a n g a n a t z i u, a w 2 lata później przez D e i c h e r a. Ci autorzy spostrzegli, że surowica krwi człowieka, któremu wstrzyknięto surowicę końską, zlepia obcogatunkowe krwinki czerwone (barana, cielęcia, konia, królika lub świnki morskiej) i to znacznie silniej niż surowica krwi osobnika, któremu nie wstrzyknięto tej surowicy. Odczyn ten pojawia się na 7—8 dzień po wstrzyknięciu surowicy, najwyższe swoje miano uzyskuje na 12—13 dzień, a potem stopniowo spada przez szereg miesięcy. Szczególniej silnie występuje z krwinkami barana. (H e i l m a y e r). Przeciwciała krwiobójcze, zlepniki powstające w normalnych surowicach ludzkich i w surowicach ludzi po wstrzyknięciu surowicy końskiej nazwano heterofilnymi przeciwciałami. Nazwa ta „heterofilny" odpowiada takiemu przeciwciału, które ma zdolność oddziaływania z takim wywoływaczem (krwinki barana), który nie przyczynił się do jego powstania (D a v i d s o h n). Innymi słowy „surowica osobnika uodpornionego wywoływaczem o właściwościach heterogenetycznych oddziaływa nie tylko z tym wywoływaczem, ale z niektórymi wywoływaczami obcymi, przeciw którym zwierzę to nie było uodpornione" (G r y g l e w i c z). Pewna ilość wywoływaczy o cechach heterogenetycznych znajduje się w tkankach zwierząt (świnka morska, koń, i inne) lub też w ciałach bakteryjnych (dwoinka zapalenia płuc, maczugowiec błonicy). Wywoływacz ten od nazwiska odkrywcy został nazwany wywoływaczem Forssmanna.

Po wykazaniu przeciwciał w surowicy chorych na mononucleosis infectiosa, a skierowanych przeciwko krwinkom barana powstało pytanie, czy te przeciwciała zaliczyć do grupy wywoływaczy Forssmanna, czy też nazwać je przeciwciałami swoistymi dla tej jednostki. Przez pewien czas są-

dzono, że przeciwciała spotykane w mononucleosis infectiosa są równocześnie wywoływaczem Forssmanna. Jednakże po wprowadzeniu próby chłonienia zwłaszcza z 20% zawiesiną roztartych i gotowanych nerek świnek morskich (używane są także nerki królicze, serce wole, krwinki owcy, krwinki wołu i kaolina) stwierdzono, że zawiesina ta nie pochłania przeciwciał pojawiających się w mononucleosis, a wszystkie inne przeciwciała, np. po zastrzyku surowicy są bardzo energicznie wychwytywane przez tę zawiesinę; wysnuto wniosek, że przeciwciała w mononucleosis infectiosa nie należą do przeciwciał typu Forssmanna. (Bruins, Bailey, Bruymoghe, Dawidsohn, Durupt, Helland, Hansen, Raffel, Stuart). Wobec tego próba chłonienia z zawiesiną nerek świnek morskich stała się czynnikiem rozpoznawczym dla mononucleosis infectiosa. Wprowadzenie próby serologicznej zmieniło w dużej mierze sprawę rozpoznawania mononucleosis infectiosa i wszystkie przypadki, które wykazywały wyższe miano zlepne surowic z krwinkami barana zaczęto zaliczać do jednej grupy, a próba ta stała się rozstrzygająca, gdy miano do czynienia z postacią choroby krwi morfologicznie trudną do rozgraniczenia. Przeglądając bardzo obfite piśmiennictwo światowe, dotyczące odczynu Paul—Bunnella odnosi się wrażenie, że sprawa wreszcie została rozwiązana. Mimo to okazuje się, że zdania autorów są nadal podzielone. Jedni twierdzą, że w każdym przypadku mononucleosis jest wysokie miano zlepne krwinek barana i że ten odczyn jest bezwzględnie znamienny. Inni podają przypadki okazowej mononucleosis z ujemnym odczynem Paul—Bunnella. Sam Bunnel przebadał 2.000 przypadków wszelkich schorzeń i nigdy nie uzyskał większego miana surowicy, jak 1:8, to samo ogłaszają Bad, Food. Według Deichera miano surowicy 1:8 należy uważać jako dodatnie. Heilmayer podaje natomiast, że 1:8 jest wartością graniczną, 1:16 i wyższe jest znamienne dla mononucleosis infectiosa.

Rosenthal i Wenckebach w 28 przypadkach mononucleosis infectiosa uzyskali dodatnie miano surowicy od 1:16 — 1:1024. Nie uzyskali podwyższonego miana surowicy w anginie monocytarnej, w anginie limfoblastycznej, w ziarnicy złośliwej i w białaczkach. Tym samym anginę monocytarną, czy też limfoblastyczną uważają za coś innego niż mononucleosis infectiosa. Tornack przedstawia kilkanaście przypadków z oddziału Schultza pod nazwą „Lymphoidzellige angina", we wszystkich przypadkach uzyskał dodatnią próbę Paul-Bunnella, najwyższe miano surowicy 1:1280 i proponuje jako wartość graniczną 1:64. Beeunkes kontrolował surowicę chorych przy rozmaitych schorzeniach i znalazł wysokie miano surowicy w zimnicy. Na podstawie swoich badań wnioskuje, że miano surowicy dla chorych na mononucleosis infectiosa powinno być wyższe, jak 1:512. Durupt po przebadaniu większej ilości przypadków podaje, że w prawidłowych surowicach (prawidłowymi surowicami nazywam surowicę chorych na inne schorzenia niż mononucleosis infectiosa) winno być od 1:35 do 1:56 i to w 1% przypadków, natomiast w mononucleosis infectiosa osiągnął miano 1:14336. Elmenhoff uzyskał u 7 chorych na mononucleosis infectiosa miano surowicy od 1:512 — 1:32.768, u 15 chorych na inne choroby od 1:16—1:32. Hatiéganu natomiast spostrzegał na 10 przypadków mononucleosis infectiosa tylko w 2 przypadkach dodatnie miano surowicy. Kristensen podaje swoje spostrzeżenia na 426 surowicach, które były przesyłane i badane w Państwowym Instytucie Badań Serologicznych w Kopenhadze i dochodzi do przekonania, że nie można mówić o żadnej swoistości odczynów serologicznych w mononucleosis infectiosa. Helland Hansen wykrył szereg dodatnich odczynów serologicznych u chorych na rozmaite choroby zakaźne. W końcu Dawidsohn na podstawie 30 przypadków mononucleosis infectiosa dochodzi do wniosku, że należy rozróżnić w tej jednostce, pod względem badań serologicznych, typ dodatni i typ serologicznie ujemny w mononucleosis infectiosa. Dalszy etap badań nad mononucleosis infectiosa, to usiłowanie znalezienia zarazka, który wywołuje to ciekawe schorzenie. Odosobnionym jest doniesienie Neyfeldta wraz z współpracownikami, którzy podają że udało się im wyhodować drobnoustrój, który nazwano Listerella. Neyfeldt podaje, że grupa Listerella jest tak samo zakaźna dla ludzi, jak i zwierząt, że zdołano wyodrębnić kilka typów w stosunku do ich zdolności fermentacyjnych:

a) Listerella cuniculi Murray i Listerella hominis Neyfeldt.

b) Listerella Pirie i Listerella Jones i Little oraz Listerella hominis Schultz.

c) Listerella gallinaria Ten Broech.

Dalsze badania są w toku i szczegółowszych danych w dostępnym mi piśmiennictwie nie zdołałem znaleźć. Bruins natomiast twierdzi, że grupa Listerelli wyhodowana przez Neyfeldta nie ma w mononucleosis chorobotwórczego znaczenia, gdyż w najnowszych badaniach przeprowadzonych w Groningen surowica chorych na mononucleosis nie dawała odczynu zlepnego ze szczepami z grupy Listerella. Wising w swej pracy na ten temat podaje, że wszelkie próby wywoływania zakażenia pracowniane szczurów i małp bacterium monocytogenes hominis spełzły na niczym, w przeciwieństwie do tego udało mu się przenieść zakażenie z człowieka na człowieka drogą przetoczenia krwi w ilości 250 cm³ z dodatkiem heparyny i wywołać typowy obraz choroby po 18 dniach wylęgania. Do tego doświadczenia użyto 5 studentów medycyny. Przeniesienie tego stanu chorobowego udaje się nie tylko na człowieka, ale też i na małpy Maccacus Rhesus i to przez wstrzyknięcie rozgniecionych gruczołów limfatycznych; przy tym doświadczeniu uległ zakażeniu asystent wykonujący ten zabieg i wystąpił u niego typowy obraz choroby po 7 dniach wylęgania. Chorobę przechodził wśród silnych objawów klinicznych. Podobne doświadczenie wykonał So-

h i e r, przenosząc zakażenie z chorego człowieka na małpę, a potem znowu na młodego mężczyznę. Czas wylęgania wynosił około 14 dni. Po 16 dniach wystąpiły dodatni odczyn Paul-Bunnela i mononucleosis we krwi. Z licznych doniesień wynika, że większości badaczy nie udało się potwierdzić spostrzeżenia N e y f e l d t a, innym, jak S c h m i d t, J a n e w a y, udało się wyhodować bacterium monocytogenes i to tylko z płynu mózgowo-rdzeniowego chorych na mononucleosis infectiosa. Z tego też powodu D a w i d s o h n, S c h w a r z, L e n d o r f f, S c h u l t z, z polskich autorów A l e k s a n d r o w i c z i H a r t w i g, a w końcu V a n d e n B e r g h e zaczęli twierdzić, że chodzi tu o limfotropowy zarazek przesączalny. Ten ostatni autor pisze, że zarazek mononukleozy rozwija się bardzo obficie na pożywkach, że zachowuje swą zjadliwość po 74 dniach przy oziębianiu do —15⁰ C, zarazek jest zakaźny dla królików i można go wykazać we krwi ludzi i małp, a F ü l l e r na podstawie 5 przypadków mononucleosis infectiosa dochodzi do przekonania, że opisany stan chorobowy polega na nieznanym jeszcze czynniku wywoływawczym.

Swoje badania wykonałem na 700 przypadkach (923 odczyny zlepne) rozmaitych schorzeń, w tym 10 przypadków mononucleosis infectiosa; miały one za zadanie odpowiedzieć:

a) czy odczyn zlepny z krwinkami barana jest odczynem znamiennym dla mononucleosis infectiosa;

b) czy w wątpliwych przypadkach można ten odczyn bez zastrzeżeń zastosować w klinice;

c) jak przedstawia się wzrost zlepników w surowicy krwi chorych w zależności od okresu choroby.

Sposób badania: surowicę krwi ogrzewałem w łaźni wodnej w ciepłocie 56⁰ C przez ½ godz. celem zniszczenia dopełniacza. W dalszym ciągu badania wykonywałem szereg rozcieńczeń surowicy z roztworem soli fizjologicznej w stosunku 1:1, 1:2, 1:4, 1:8 itd., tzn. brałem 1 cm³ surowicy chorego z 1 cm³ soli fizjologicznej. Do wykonania następnych rozcieńczeń przenosiłem 1 cm³ poprzedniego roztworu do następnej próbówki i tę czynność wykonywałem przynajmniej do rozcieńczenia 1:64. Po wykonaniu odpowiedniej ilości rozcieńczeń dodawałem po 1 cm³ 5% zawiesiny świeżych i przemytych krwinek barana. Po wykonaniu tych czynności w każdej próbówce znajdowało się po 2 cm³ płynu. Po dokładnym zmieszaniu płynu odstawiałem próbę na 24 godz. w ciepłocie pokojowej. Po upływie tego czasu odczytywałem wynik zlepiania przez kilkakrotne potrząsanie próbówką. Do szeregu badanych rozcieńczeń surowicy krwinkami barana dołączam zwykle próbówkę kontrolną z zawiesiną krwinek barana w roztworze fizjologicznym soli 1 cm³ : 1 cm³. W wypadku pojawiania się odczynu zlepnego na dnie próbówki znajdowałem silnie zlepione grudki. Badania na odczyn Paul-Bunnella wykonałem w wyżej podanych jednostkach chorobowych oraz w ciąży.

T a b l i c a I.

L. p.	JEDNOSTKA CHOROBOWA	Ilość przyp. danej jedn.	WYSOKOŚĆ MIANA SUROWICY 0	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:35
1.	Mononucleosis infectiosa	10	—	—	2	4	1	—	—	1	1	1
2.	Lymphogranulomatosis mal.	28	3	6	5	12	2	—	—	—	—	—
3.	Polyarthritis rheum. ac. et chronica	57	4	7	12	17	11	5	1	—	—	—
4.	Tuberculosis	73	8	9	18	22	7	8	1	—	—	—
5.	Carcinoma	45	2	11	13	13	5	1	—	—	—	—
6.	Abscessus pulm.	27	5	5	7	5	2	2	1	—	—	—
7.	Lymphad. leucaem. Myelos. Reticul. Splenomegalia	31	5	4	12	4	5	1	—	—	—	—
8.	Typhus abdom.	174	11	22	37	50	33	9	6	2	3	1
9.	Hepatitis paren.	21	—	3	10	5	3	—	—	—	—	—
10.	Endocarditis et Sepsis	50	—	3	11	10	8	8	7	3	—	—
11.	Pneumonia	26	—	6	8	6	4	2	—	—	—	—
12.	Typhus exanthem.	16	—	—	6	6	1	2	1	—	—	—
13.	Erysipelas	13	—	—	3	8	2	—	—	—	—	—
14.	Diphteria	11	—	—	4	6	1	—	—	—	—	—
15.	Scarlatina	15	—	2	2	5	3	2	1	—	—	—
16.	Morbilli	19	—	5	6	4	4	—	—	—	—	—
17.	Graviditas	28	—	4	8	8	6	2	—	—	—	—
18.	Vitium cordis et Myocarditis dec.	33	1	7	14	6	4	1	—	—	—	—
19.	Angina	23	—	—	—	2	9	12	—	—	—	—
20.	R a z e m	700	39	94	178	193	111	55	18	6	4	2

1) Mononucleosis infectiosa: 10 przypadków. Jeden przypadek po podaniu surowicy przeciwbłoniczej przed przybyciem na Oddział Zakaźny Państwowego Szpitala św. Łazarza. Lekarz skierowując ten przypadek na Oddział rozpoznał błonicę gardzieli, natomiast na Oddziele prócz objawów ze strony gardzieli wykryto mononukleozę we krwi, a badanie na odczyn Paul—Bunnella dodatnie o mianie surowicy 1:356 w 4 tygodniu trwania choroby. Dalsze spostrzeżenia i badania były niemożliwe z powodu wypisania chorego do domu. W dalszych 2 przypadkach miano surowicy 1:64, 1:128 wśród typowych objawów ze strony krwi obwodowej — do 92% komórek jednojądrzastych (część typowych limfocytów, część komórek monocytoidalnych), w 7 pozostałych przypadkach nie otrzymałem wyższego miana ponad 1:8. Przypadki powyższe odpowiadały wszystkim wymogom nowoczesnej kliniki (angina, powiększenie gruczołów, gorączka, mononukleoza we krwi). Badania własności zlepnych wykonywałem kilka razy przy początkowym okresie schorzenia w czasie nasilenia się objawów oraz w okresie zdrowienia, gdyż, jak z piśmiennictwa wiadomo, dodatni odczyn Paul—Bunnella może pojawiać się dopiero w okresie zdrowienia.

2) Lymphogranulomatosis maligna: 28 przypadków. Najwyższe miano surowicy 1:8, w 3 przypadkach nie uzyskałem zlepiania.

3) Polyarthritis rheumatica acuta et chronica: 57 przypadków. Miano surowicy od 1:1 do 1:32 (w 1 przypadku) zarówno w ostrym, jak przewlekłym zapaleniu stawów. W 4 przypadkach nie uzyskano w ogóle zlepiania.

4) Tuberculosis: 73 przypadki. Zaliczono wszystkie przypadki tak włóknistej, jak i rozpadowej gruźlicy płuc, gruźlicy gruczołowej, zapalenia gruźliczego opłucnej, gruźliczego zapalenia otrzewnej. Najwyższe miano surowicy otrzymano 1:32 w gruźlicy jamistej o przebiegu podostrym. W 8 przypadkach 1:16, z tego w 6 przyp. gruźlicy rozpadowej lub jamistej, jednostronnej lub obustronnej, w 2 przyp. zapalenia opłucnej o wysokiej i długotrwałej gorączce. Inne przypadki podane w tablicy należą także do wszystkich postaci gruźlicy.

5) Carcinoma: 45 przypadków. W tej grupie zgromadziłem przypadki raka rozmaitych narządów. Najwyższe miano surowicy uzyskałem 1:16 w przypadku raka przełyku z dużym wycieńczeniem i charłactwem.

6) Abscessus pulmonis: 27 przypadków. Najwyższe miano 1:38 w 1 przyp., 1:16 w 2 przypadkach. Osobnicy młodzi — ropień ostry, duża odporność. W tej grupie prawie wszystkie przypadki otrzymywały penicylinę, nie zauważyłem wzrostu miana surowicy po zastosowaniu penicyliny.

7) Lymphadenosis leucaemica. Myelosis leucaemica. Reticuloendotheliosis. Splenomegalia: 31 przypadków. Najwyższe miano surowicy 1:16 w przypadku splenomegalii o niejasnej etiologii. W tej grupie zwraca uwagę to, że w przypadkach białaczki limfatycznej, jak i szpikowej miano surowicy wynosiło 0 w 5 przypadkach, najwyższe od 1:2 w 20 przypadkach.

8) Typhus abdominalis: ta grupa najliczniejsza, gdyż wynosi 174 przypadki. Wyniki uzyskane najciekawsze: w 1 przyp. miano zlepne 1:156, w 3 przyp. 1:128, w przyp. 1:64, w 6 przyp. 1:32, w 8 przyp. 1:16.

Przypadek S nr 548, w tydzień po przywiezieniu do szpitala, tzn. w 17. dniu choroby uzyskałem miano zlepne 1:32. W 34. dniu choroby gorączka trwa, miano zlepne 1:64. W 69. dniu choroby 1:128, w 79 dniu choroby 1:356. W 84. dniu choroby przy dobrym samopoczuciu chory rozpoczął okres zdrowienia. Miano surowicy w tym dniu 1:128. Dalsze spostrzeganie zostało przerwane, gdyż chory opuścił Oddział. Następne 5 przypadków z wysokim mianem zachowało się podobnie, wykazywały początkowe dość silne zlepianie, które narastało w miarę trwania choroby poprzez okres zdrowienia i potem obniżyło się w czasie kilku tygodni do stanu prawidłowego. Nie zauważyłem, by ciężkość objawów choroby miała wpływać na podniesienie miana surowicy.

9) Hepatitis parenchymatosa: 21 przypadków. Najwyższe miano surowicy 1:8. Wszystkie przypadki z długotrwałą żółtaczką.

10) Endocarditis: 24 przypadki. W 6 przypadkach uzyskałem miano surowicy 1:32, w 8 przypadkach 1:16, w pozostałych 10 przyp. aglutynacja wynosiła od 1:2 do 1:8.

Sepsis: do tej grupy zaliczyłem przypadki zakażenia ogólnego, a w pierwszym rzędzie zakażenia wychodzącego z jamy ustnej. Pyorrhoea alveolaris (angina) z wysokimi gorączkami i dreszczami wieczornymi. Poza tym zakażenia wywołane pałeczką okrężnicy, wyhodowaną z krwi i z żółci. Przebadałem 26 przyp. zakażeń ogólnych. Uzyskałem w 2 przyp. zakażenia z jamy ustnej miano surowicy 1:64, w 1 przyp. zakażenia wychodzącego z ucha środkowego miano surowicy 1:64, w pozostałych 4 przyp. miano surowicy 1:32, w 5 przyp. 1:16, w 14 innych przypadkach miano surowicy wynosiło od 1:2 do 1:8. W tej grupie muszę zwrócić uwagę na drogę, którą wtargnął zarazek do ustroju, droga ta jest bardzo podobna do zakażenia w mononucleosis infectiosa, gdyż w tej jednostce chorobowej zwykle choroba rozpoczyna się od anginy, natomiast w tej grupie przypadków mamy przyczynę choroby w zakażeniu jamy ustnej w 3 przypadkach i ucha środkowego w 1 przypadku.

Typhus exanthematicus: 16 przypadków. Najwyższe miano surowicy 1:32 w 1 przyp., 1:16 w 2 przyp.

Angina: 23 przypadki. Dość wysokie miano surowicy 1:16 w 12 przyp. W reszcie przypadków z grup zapalenia płuc, róży, błonicy nosa oraz krtani, odry, jak również w ciąży w najrozmaitszych okresach, w wadach niewyrównanych serca oraz w zmianach mięśniowych serca o charakterze myocarditis nie zanotowałem wysokiego miana surowicy, gdyż w nielicznych przypadkach

miano to nie zdołało przekroczyć liczby 1:16, jak to widać z załączonej tablicy.

Z 700 przypadków, 200 było badanych przynajmniej dwa razy, przy rozpoczęciu się choroby lub na szczycie rozwoju schorzenia i w okresie zdrowienia. Spostrzeżenia są następujące: w miarę narastania objawów chorobowych miano surowicy osiąga swoją najwyższą wartość na szczycie choroby, obniża się w miarę ustępowania objawów chorobowych. Wyjątek stanowią przypadki zlepiania początkowego 1:32 i wyższe, które rosną dość długo w okresie całkowitego zdrowienia, by spaść w ciągu tygodni do stanu prawidłowego. Na 200 przypadków było tylko 7 z wysokim mianem na początku badania, które narastało w okresie zdrowienia do 1:356 lub do 1:128. W pozostałych przypadkach spadek miana surowicy był natychmiastowy i prawie równoczesny ze spadkiem gorączki.

Wnioski

1) Odczyn Paul-Bunnela według przeprowadzonych przeze mnie badań nie jest odczynem znamiennym dla mononucleosis infectiosa. Występuje, jak wykazałem, w dość znacznych rozcieńczeniach w durze brzusznym, w zakażeniach biorących swój początek w jamie ustnej (sepsis oralis), w chorobie posurowiczej.

2) W 10 przypadkach mononucleosis infectiosa tylko w 2 przypadkach miano surowicy było charakterystyczne dla tej jednostki, w 8 przypadkach było ujemne, mimo pełnego obrazu tego schorzenia (angina, powiększenie gruczołów, gorączka, obecność jednojądrzastych komórek we krwi obwodowej).

3) W wątpliwych przypadkach odczyn ten może dać pewne usługi w mononucleosis infectiosa, gdy obraz ze strony krwi jest trudny do rozstrzygnięcia, tylko przy mianie wyższym od 1:128.

4) Ilość zlepników na krwinki barana zjawiających się w ludzkiej surowicy krwi jest wartością niestałą bez względu na rodzaj schorzenia, skutkiem czego możemy u różnych osobników otrzymywać, np. w durze brzusznym przebiegającym w tym samym okresie choroby, rozmaite miana surowicy.

PIŚMIENNICTWO:

1. Aleksandrowicz Julian: Schorzenia narządów krwiotwórczych w świetle badań biopłycznych, Kraków, 1946. — 2. Biernacki Andrzej: P. A. med. wewn. tom XIV, str. 579 do 589, 1936. — 3. Bailey, G. Hoard and Sidney Raffel: J. clin. invest. 14, 223—224, 1935. — 4. Barber H. Stuart: Lancet 1, 71—73, 1941. — 5. Barret A. M.: British Medical Journal vol. II, 315, 1943 (Raports of societies). — 6. Beewrkes Neder Tijdschr. Genesk 83—1949, 1939. — 7. Beer, Peter: J. clin. Invest. 15 (591—599), 1936. — 8. Berghe L. van den, et P. Liessens: Bull. Acad. Méd. Belg. VI, 119—151 (1941. — 9. Bruynoghe Guy: C. r. Soc. Biol. Paris 124, 1018—1019 (1937). — 10. Bruins, Slot Wj.: Genesk Bl. 38, 79—108 (1940). — 11. Butt E. M. and A. G. Foord: J. Labor. a clin. Med. 20. 538—542, 1935. — 12. Durpul A.: Presse méd. 1937, II, 1219—1220. — 13. Davidsohn Israel: Jour. A. M. A. Vol. 108, Nr 3, 289—295, 1937. — 14. Davidsohn Israel: Amer. J. clin. Path. 8, 179—196 (1938). — 15. Davidsohn J. and Phoebe H. Walker: Amer. J. clin. Path. 5, 455—465, 1935. — 16. Donwey Hal and Joseph Stasney: J. amer. med. assoc. 105, 764—768, 1935. — 17 Elmenhoff - Nielsen: Z. Rassenphysiol. 8, 174—189 (1936). — 18. Falkenberg, Trygve: Nord. Med. Stock. 1941, 3607, 3608 und deutsche Zucammenfassung, 3608. — 19. Fuller C. J.: Lancet 1941, I, 69—71. — 20. Gryglewicz Teofil: Bakteriologia i serologia, 1936. — 21. Gsell Otto: Dtsch. med. Wschr. II, 1739—1762. — 22. Hartwig Walenty: Polski Tygodnik Lekarski Nr 5, 146—152, 1946. — 23. Hatieganu J. und T. Sparchez: Ardealul. med. 2, 49—56 u. dsch. Zusammenfassung 56, 1942. — 24. Hatz Bernard: Amer. J. clin. Path. 8, 39—45 (1938). — 25. Heilmayer: Blutkrankheit 1942. — 26. Helland-Hansen B.: Norsk. Mag. Laegevidensk 99, 827—838, mit dsch. Zusammenfassung 837—838 (1938). — 27. Himsworth H. P.: Lancet 1, 1940, 1082. — 28. Janeway Charles A. and Gustave J. Dammin: J. clin. Invest. 20, 233—239 (1941). — 29. Kauffmann, Rober E.: J. Labor. a clin. Med. 26, 1439—1446 (1941). — 30. Kristenensen Martin: Acta path. Scand. (Kobenh) Supple. Bd. 37, 339—356, 1938. — 31. Kalk Heinz: Dtsch. Mil. Art. 2, 201—203, 1927. — 32. Lehndorff und E. Schwarz: Ergebnisse der inneren Med. und Kinderheil. B. 42. 1932. — 33. Lawson H. A. and H. E. Wellman: Arch. int. Med. 54, 199—214 (1934). — 34. Mac Kingley A. C.: J. amer. med. assoc. 105. 761—764 and 768 (1935). — 35. Neyfeldt A.: Hygiae (Stockholm) 99—433—480 (1937). — 36. Neyfeldt Aage.: Ugeskr. Laeg. 1937, 866—872. — 37. Poole L. F. and H. J. Findley: Laboratory diagnosis of glandular fever (infectiosus mononucleosis). — 38. Reyerbach Gertrudy and Lenert: Amer. J. Dis. Children 61 (237—244) 1941. — 39. Rosenthal und Wenckebach: Klin. Wsch. Nr 13, str. 499—503, 1933. — 40. Richardson: Lancet. 1942, 618. — 41. Sohier R. P., Lepine et V. Sautter: Ann. Inst. Pasteur, 65, 50—62 (1940). — 42. Straus R.: Amer. J. clin. Path., 6, 546—556, 1936. — 43. Schmidt, Viggo und Neyfeldt A.: Ugeskr. Laeg., 336—339, 1938. — 44. Tempelton H. J. and Robert T. Sutherland: J. amer. med. Assoc., 113, 1215—1216 (1939). — 45. Thelander E. and E. B. Shaw: Amer. Journal Dis. Children 61, 1131—1145 (1941). — 46. Tidy H. Letheby: Thorn. Hosp. Rep. 2 (104—126) 1937. — 47. Tidy H. Letheby: Lancet 1934, II, 180—186 and 236—240. — 48. Tornack J. H.: Klin. Wsch. 42—43, 642—644, 1943. — 49. Warren Edgar W.: Amer. J. med. Sci., 201, 483—489 (1941). — 50. Wising Per. J.: Acta med. scand. 98, 328—339 (1939). — 51. Wising Per. J.: Acta med. scand. Suppl. Bd. 1933.

SUMMARY

Significance of the agglutinant reaction with ram's blood — corpuscles as recognizing test in Mononucleosis Infectiosa. (Paul-Bunnell's).

by W. Miklaszewski, M. D.

1. Examinations have been made in 700 cases (923 agglutinant reactions) in different diseases including ten cases of Mononucleosis Infectiosa.

2. According to these examinations Paul-Bunnell's reaction is not distinctive for Mononucleosis Infectiosa. It appears in rather great dilutions in typhoidal fever, in infections originating in the mouth (sepsis oralis), in the post- serum disease.

3. In ten cases of Mononucleosis Infectiosa only in two cases the dilution of blood serum was characteristic for this unit.

4. In dubious cases of Mononucleosis Infectiosa this reaction may render some services especially when the blood picture is difficult to be qualified but only in the dilution greater than 1:28.

5. The quantity of the agglutinants with the ram's blood — corpuscles appearing in human blood — serum is not a constant value without regard to the kind of the sickness.

B. GIĘDOSZ i A. GRZEGORZEK Kraków

Jajniki w hiperhormonozie tyreotropowej

(Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. J.)

Przed kilku laty wywoływaliśmy hiperhormonozę tyreotropową, stosując u świnek morskich wyciąg z przedniego płata przysadki mózgowej, zawierający hormon tyreotropowy (1). Stwierdziliśmy wówczas charakterystyczne zmiany w jajnikach: powstrzymanie rozwoju pęcherzyków, a nadto występowanie ciałek żółtych.

W obecnych naszych doświadczeniach wywoływaliśmy hiperhormonozę tyreotropową za pomocą jednego ze środków przeciwtarczycowych.*)

Do doświadczeń użyliśmy królic oraz świnek morskich. Zwierzęta pozostawały na pożywieniu mieszanym, kwaśno-zasadowym, w pomieszczeniu odpowiednim pod względem światła i ciepłoty. Królicom podawaliśmy codziennie dojelitowo metylotiouracyl w tabletkach à 0,1 g dziennie przez okres 4—8 tygodni, a świnkom morskim w ciągu 12—19—22 dni. Toksycznych objawów nie zauważono. Poza tym dwom królicom podawano przed i w czasie stosowania metylotiouracylu jodek potasu w ilości 1 mg dziennie. Wreszcie podawaliśmy metylotiouracyl 4 królicom z usuniętą tarczycą. Razem do doświadczeń użyto 16 zwierząt. W 24 h. po ostatnim podaniu metylotiouracylu zwierzęta zabijano, pobrane do badania jajniki utrwalano w alkoholu-formolu lub w płynie Carnoya, zatapiano w parafinie, a skrawki około 5 mi barwiono hematoksyliną-eozyną.

Zanim omówimy stwierdzone przez nas zmiany w obrazie histologicznym jajników w omawianej postaci hiperhormonozy tyreotropowej, pokrótce wspomnieć warto o stosunku tarczycy do jajników. Pisał o tym Henryk S o c h a ń s k i, liczne były na ten temat prace Lwowskiego Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej; K o s z y k z Zakładu Ciechanowskiego w Krakowie wykazał, że tyroksyna nie powoduje szczególnych zmian w jajnikach zwierząt; pisali o tej korelacji tarczycowo-jajnikowej i inni; interesujący ten problem endokrynologiczny posiada i monograficzne opracowania (J. A. L e d e r e r: Les Relations Thyro-ovariennes, Paris 1946, Masson). Co się tyczy stosunku hormonu tyreotropowego do jajników, to odnośne spostrzeżenia są skąpsze, a już całkiem nieliczne są doniesienia o zachowaniu się jajników w hiperhormonozie tyreotropowej spowodowanej ciałami przeciwtarczycowymi (3). Kliniczna patologia, zdaje się, na ogół narazie o tym niewiele mówi (5).

Przechodząc do omówienia własnych spostrzeżeń, przedstawimy zmiany w jajnikach u zwierząt, którym podawaliśmy substancję przeciwtarczycową przez czas stosunkowo bardzo krótki, czym różnią się nasze doświadczenia od innych, zresztą odosobnionych. Uchwyciliśmy bowiem w ten sposób możliwie początkowe zaburzenia jajników, co pozwoli nam może na inne ujęcie mechanizmu działania pewnej grupy ciał przeciwtarczycowych. Poza tym do badań użyliśmy większych zwierząt, gdy dotąd używane były przeważnie zwierzęta małe, głównie myszki. Po kolei rozpatrzymy stwierdzone przez nas zmiany w jajnikach: 1) zwierząt prawidłowych, 2) zwierząt, którym podawano jod oraz 3) zwierząt, którym wycięto na dłuższy czas przed doświadczeniem tarczycę.

U z w i e r z ą t p r a w i d ł o w y c h, którym podawano metylotiouracyl stwierdziliśmy w obrazie histologicznym jajników u 4 królic liczne duże ciałka żółte, pęcherzyki Graafa zachowane bardzo duże, poza tym cały miąższ jajnika zluteinizowany; nieraz uderzało silne przekrwienie; jajniki w całości były duże, powiększone; nieraz liczba pęcherzyków była skąpsza lub bardzo mała, niektóre z wyraźnym przekrwieniem okołopęcherzykowym (hyperaemia perifollicularis), niektóre słabo krwotoczne, dość liczne pęcherzyki zarastające (atresia). Na pierwszy plan jednak zawsze wybijała się rozległa luteinizacja jajników. Nie u wszystkich zwierząt jednak występowały takie zmiany, co zależeć może od stopnia reaktywności jajników. U trzech bowiem innych królic brak było ciałek żółtych i owej wybitnej, rozległej luteinizacji, a stwierdzaliśmy mniej lub więcej liczne pęcherzyki Graafa z przekrwieniem okołopęcherzykowym i to głęboko w miąższu jajnika położone, pęcherzyki atretyczne, dość obfity gruczoł śródmiąższowy; poza tym uderzało nieraz silne przekrwienie oraz spotykano tu i ówdzie słabo krwotoczny pęcherzyk. Ostatecznie u jednego zwierzęcia tej serii obraz jajników przypominał na ogół stosunki prawidłowe. — U świnek morskich wykazywaliśmy różne zmiany, wskazujące na zależność od czasu, przez jaki stosowano metylotiouracyl. U świnki morskiej, która w ciągu 12 dni otrzymała 0,9 g metylotiouracylu widzieliśmy liczne pęcherzyki Graafa, poszczególne torbiele pęcherzykowe, zaznaczoną atrezję pęcherzyków oraz duże ciałko żółte. U innych świnek, otrzymujących metylotiouracyl do 3 tygodni notowaliśmy przekrwienie, atrezję pęcherzyków oraz torbiele pęcherzykowe, a liczba pęcherzyków w ogóle była b a r d z o s k ą p a! Jajniki świnek morskich przypominały zupełnie obrazy spotykane przez nas ongiś po stosowaniu hormonu tyreotropowego.

U z w i e r z ą t, k t ó r y m p o d a w a n o KJ i metylotiouracyl stwierdziliśmy przede wszystkim rozległe zluteinizowanie jajników oraz obecność ciałek żółtych; liczba pęcherzyków Graafa była na ogół skąpa; wśród pęcherzyków dojrzewających i pierwotnych liczne torbielki. Stosowanie tylko KJ nie dawało odchyleń od normy.

U z w i e r z ą t p o t y r e k t o m i i stwierdziliśmy po metylotiouracylu u 3 królic rozległe

---

*) Metylotiouracylu dostarczonego nam przez F-mę Dr A. Wander w Krakowie.

zluteinizowanie jajników, nieliczne pęcherzyki i przekrwienie, poza tym pęcherzyki zarastające lub przekształcające się w torbielki. U innej samicy były dość liczne pęcherzyki, nieraz z licznymi ciałkami Call-Exnera, a przy tym pęcherzyki atretyczne. Nie było tu wspomnianej luteinizacji.

Jak więc widać z powyższego, u większości zwierząt, którym podawaliśmy metylotiouracyl nawet przez czas stosunkowo niedługi stwierdzaliśmy poszczególne tylko pęcherzyki Graafa lub prawie zupełny ich brak, dość liczne duże ciałka żółte, a przede wszystkim zluteinizowanie prawie całego jajnika. Utkanie jajników było przy tym tak charakterystyczne, że przypominało utkanie kory nadnerczy (zona fasciculata). U innych zwierząt nie spostrzegaliśmy po metylotiouracylu opisanych wyżej zmian luteinizacyjnych. W jajnikach jednak tych zwierząt znowu widzieliśmy cechy pobudzenia czynności jajników: liczne pęcherzyki Graafa, przekrwienie ogólne oraz wybitne przekrwienie okołopęcherzykowe, obfity gruczoł śródmiąższowy i nieraz nieznaczne krwawienie do pęcherzyków.

Przekonaliśmy się przy tym, że jod nie zapobiega zmianom w jajnikach tak, jak i w tarczycy oraz że zmiany jajników występują niezależnie od tarczycy; zjawiają się one bowiem i w jajnikach tych zwierząt, którym operacyjnie usunięto tarczycę.

Co się tyczy wytłumaczenia genezy opisanych zmian w jajnikach, to zwrócimy najpierw uwagę, że tyroksyna (2) inaczej działa w doświadczeniu na jajniki. Przy niedoborze tyroksyny (thyreoidectomia) wydziela się więcej hormonu tyreotropowego oraz gonadotropowego. W kilka bowiem tygodni po tyrektomii chirurgicznej stwierdziliśmy pobudzenie jajników. Po wycięciu jajników zachodzi znowu większe wydzielanie hormonu gonadotropowego oraz tyreotropowego. W długi czas bowiem po owariektomii stwierdziliśmy pobudzenie tarczycy. Nadmierna czynność tarczycy natomiast może hamować wydzielanie hormonu gonadotropowego. H o e t i L e d e r e r spostrzegali dodatni wpływ tiouracylu na zaburzenia miesiączki w nadtarczyczności. Podkreślili niewątpliwą rolę tarczycy w regulowaniu miesiączki. Ale mechanizm działania tarczycy na oną regulację jest autorom nieznany. Przytoczyli liczne możliwości. Po stosowaniu znowu tiouracylu spostrzegano powstrzymanie miesiączki u małpy (6). Na podstawie własnych spostrzeżeń doświadczalnych możemy przyjąć, że tarczyca reguluje gonadotropową czynność przedniego płata przysadki mózgowej. Sądzimy więc przy tym, inaczej niż inni, że z równoczesną hiperhormonozą tyreotropową występuje hiperhormonoza gonadotropowa. W tym kierunku idą dalsze nasze badania.

Wyniki naszych doświadczeń, co prawda dość nielicznych, mogłyby wskazywać na możliwość uszkodzenia jajników przy stosowaniu ciał przeciwtarczycowych z grupy pochodnych tiouracylu. W doświadczalnej nadczynności tyreotropowej przedniego płata przysadki mózgowej wywołanej metylotiouracylem stwierdzamy nieraz obraz wprost wytrzebienia hormonalnego. Tu przypomnę, że K a r p w Lwowskim Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej stwierdził po d ł u g o t r w a ł y m stosowaniu ciał gonadotropowych zmiany w jajnikach, wskazujące na ich unieczynnienie. To jest logicznie w zgodzie z naszą supozycją, powyżej wyrażoną, o hiperhormonozie gonadotropowej. Mówimy tu tylko o przypuszczeniu dlatego, bo narazie nie mamy na to dostatecznego dowodu doświadczalnego: próba z moczem ludzi leczonych metylotiouracylem wykonana u dwóch królic dała II i III stopień reakcji jajników (punkty krwawe, liczne ciałka żółte, rozległa luteinizacja utkania jajników).

Jakkolwiek sprawa się przedstawia, widać z naszych spostrzeżeń niekorzystny wpływ ciał przeciwtarczycowych na jajniki i choć zmiany po tych ciałach powstałe mogą być odwracalne, przemijające, jak to wynika z doniesień patologii klinicznej, jednak dotąd niewiadomo, o ile i do jakiego stopnia to zachodzi. Stosowanie tych ciał poza hipertyreozą szczególnej wymagałoby ostrożności, jak można wnosić z doświadczeń na zwierzętach.

PIŚMIENNICTWO:

1) B. G i ę d o s z: C. r. d. S. de biol. T. CXX, p. 555, 1935. — 2) J. K o s z y k: Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Z. 3—4, 1937. — 3) W. P a w i k: Przegląd Lekarski, Nr 1, 1948. — 4) L. K a r p: C. r. d. S. de biol. T. 114, 1933. — 5) J. P. H o e t i J. A. L e d e r e r: Ann. d'Endocrinol. T. 7, Nr 4, 1946. — 6. A. B e r: Endokrynologia, Wyd. „Książka", W-wa 1947.

RÉSUMÉ

Les ovaires dans l'hyperhormonose thyréostimulante

par B. Giędosz et A. Grzegorzek

Nous avons fait prendre de la methylo-thiouracile en dose quotidienne de 0,1 g, pendant une période de 2—3—4—8 semaines: 1) à des animaux normaux (lapins et cobayes), 2) à des animaux qui recevaient en même temps du KJ, 3) ainsi qu'à des animaux qui avaient subi la thyréoidectómie. Nous avons alors constaté de très caractéristiques changements dans leurs ovaires, comme surtout l'apparition des corps jaunes et la luteinisation des ovaires. Chez d'autres animaux, nous avons relevé l'absence de luteinisation, par contre, nous avons constaté chez eux l'hyperémie, l'atresie des follicules, des kystes folliculaires, ainsi qu'un nombre très restreint de follicules de Graaf. Enfin, dans les ovaires d'autres animaux, il y avait des follicules de Graaf en plus en moins grande abondance, l'hyperemie, des follicules atrétiques et divers points hemorrhagiques. Les auteurs estiment que l'emploi de la methylo-thiouracile provoque avec l'hyperhormonose thyréostimulante, et en même temps, une plus grande formation de gonadostimuline.

Dr med. Jerzy KOLANKOWSKI — Cieplice
Ordynator Szpitala

Świerzb jako wskaźnik stosunków demograficzno-zdrowotnych.

Ze Szpitala Pow. w Cieplicach. Dyr.: Dr Z. Semerau-Siemianowski.

Świerzb, scabies, jedno z najbanalniejszych w praktyce dermatologicznej schorzeń, w warunkach sprzyjających może ulegać olbrzymiemu rozpowszechnieniu. Przykładem tego ostatnia wojna, która pociągnęła za sobą przymusowe migracje ludności, wielkie zubożenie szerokich warstw a wskutek bombardowań itd. przyniosła kryzys mieszkaniowy, ciasnotę, brak higienicznych warunków itd. Banalna ta, jak wiadomo, choroba stanowi jednak czynnik sprzyjający wtórnym zakażeniom ropnym, zakażeniom wenerycznym i in., co już nie jest obojętne dla zdrowotności społecznej. Nasilenie świerzbu jest wprost proporcjonalne do warunków, w jakich bytuje dana populacja.

Statystyka świerzbu na przestrzeni lat 1945—48 przeprowadzona w ambulatorium szpitala powiatowego w Cieplicach posłużyła mi jako wskaźnik stabilizacji stosunków demograficzno-zdrowotnych na odcinku powiatu jeleniogórskiego, (stosunkowo mało zniszczonego działaniami wojennymi), co ilustruje załączona tabliczka. W okre-

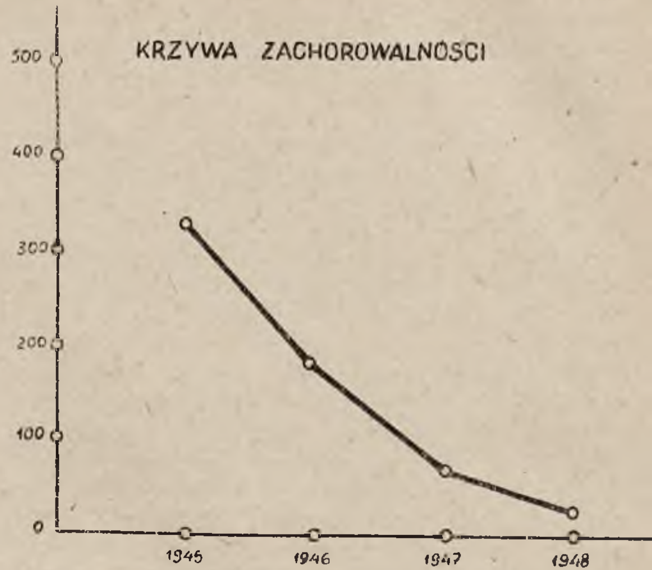
Rok	Przypadek świerzbu	Ilość straconych dni pracy
1945	339	678
1946	199	398
1947	86	172
1948*	5	10
Razem . .	629	1258

* Do kwietnia

sie największego nasilenia repatriacji i zasiedlania ziem zachodnich również cyfry zachorowalności na świerzb są duże. W miarę stabilizacji stosunków cyfry te spadają, wskazując równocześnie pośrednio na poprawę i stabilizację warunków bytowania ludności.

Jeżeli przyjmiemy, że czas trwania kuracji przeciwświerzbowej wynosi tylko dwa dni, w ciągu których chory nie jest zdolny do pracy lub gorzej pracuje, to otrzymujemy łącznie 1273 dni pracy straconych. W tym świetle występuje lepiej waga zagadnienia, z pozoru błahego. Przyjmując dalej, że istnieje pewna przeciętna zachorowalności proporcjonalna do przeciętnych warunków, wówczas obserwując odchylenia in + i in — od niej, możemy zorientować się w tych warunkach.

Wnioski, jakie łatwo wysnuć z większych statystyk na ziemiach zachodnich mogą być szczególnie interesujące i przejrzyste. A oto one: 1) liczba przypadków świerzbu duża w okresie repatriacji — spada gwałtownie w r. 1948 (do kwietnia), świadcząc wymownie o normalizacji stosunków demograficzno-zdrowotnych tych ziem,



2) liczba dni pracy tym samym wzrasta proporcjonalnie. Przedstawiony obraz powiększony do rozmiarów województwa czy państwa świadczyć może o tym, że małe rzeczy niejednokrotnie uczyć mogą o większych.

S U M M A R Y

Scabies and demographic-health conditions

by J. Kolankowski, M. D.

The author represent statistics of itch (scabies) and her correlations with the stabilisation of demografic, health and labour conditions in the west Poland between 1945—48 y.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Doc. Dr med. Włodzimierz MIKUŁOWSKI — Kraków

O potrzebie współpracy lekarza szkolnego z nauczycielem i opieką domową dziecka *).

Inteligencja polega według S t e r n a na zdolności przystosowania się do nowych warunków i sytuacji, które pobudzają jej twórczość. Takimi nowymi warunkami i nową sytuacją dla lekarza pobudzającymi jego twórczość stają się jego zajęcia w szkole związane z obowiązkiem współpracy z gronem wychowawców nauczycieli oraz z domem rodzicielskim ucznia. Niejeden lekarz przyzwyczajony do swojego warsztatu pracy przy łóżku chorego w klinice czy w szpitalu wstępuje na deski tego nowego teatru z nieufnością i niepokojem na myśl, że sprzeniewierza się medycynie. Lekarza takiego można pokrzepić mądrymi słowami Molier'a: — Je prends mon bien ou je le trouve — i pocieszyć przypomnieniem służby wojskowej, która również pozornie

*) Rozdział z pracy pt.: O problemach medycyny szkolnej w Polsce odrodzonej.

sprzeniewierza się medycynie a w istocie nie tylko myśli lekarskiej nie hamuje, ale ją jeszcze rozwija i do nowych twórczości podnieca. Jako klasyczny przykład tego może służyć choćby fakt znany sprzed ostatniej wielkiej wojny 1914/18, że dawny aforyzm Boerhaave phtisis hereditaria omnium pessima został obalony przez lekarza pułkowego v. Hayeka z Insbrucku, który wykazał na podstawie dużego materiału całkiem przeciwną prawdę o największej złośliwości gruźlicy dziewiczej. Doświadczenia innych lekarzy wojskowych z tej samej wojny potwierdziły to odkrycie na materiale wojsk kolonialnych czarnych. Tak więc nowe warunki i nowa sytuacja pozornie niewdzięczna dla pracy naukowej sprzyjała myśli twórczej u całego szeregu lekarzy inteligentnych.

Że szkoła nie musi hamować, ale przeciwnie może natchnąć do odkrycia naukowego, niech mi będzie wolno przytoczyć przykład z tej samej kliniki gruźlicy, mianowicie odnoszący się do zagadnienia zaraźliwości rumienia guzowatego. W 1932 r. w Gothenburgu w Szwecji w szkole żeńskiej wśród 31 dziewczynek 11—12-letnich obserwował Dr Albin Landau wybuch epidemii rumienia i fakt ten stanowi ważny przyczynek do etiopatogenezy tego cierpienia.

Szkoła więc, mimo że dla lekarza stwarza nowe warunki i nową sytuację nie tylko nie krępuje doświadczenia lekarskiego, ale je jeszcze pobudza. Warunkiem sine qua non jest, aby lekarz szkolny miał umysł obudzony, żeby nie był jednym z tych „ludzi zawsze patrzących, zawsze słuchających, nie myślących nigdy, podobnych do osób spędzających życie w oknie“ (Marivaux).

Szkoła ma na celu wychować młodzież. Środki wychowania są różne pod względem jakości i ilości zależnie od tego, czy szkoła jest zamknięta w postaci internatu, czy otwarta. W Polsce większość szkół jest otwartych i ogranicza w dużym stopniu zakres pedagogiczny do wychowania dziecka głównie za pomocą nauczania, które sprowadza się do budzenia i rozwijania zdolności wychowanka oraz do ich organizowania. Lekarz szkolny powołany jest przez ustawę do czuwania nad zdrowiem dziatwy w kontakcie z gronem nauczycielskim i z rodzicami. Staje się więc on według ustawy wychowawcą dziecka na równi z nauczycielem i z domem rodzicielskim. Jeżeli przyjmuje na siebie tę godność i te obowiązki, to nie robi tego przez osobistą życzliwość dla tego lub owego nauczyciela lub przez litość dla rodziców, ale robi to z obowiązku obywatelskiego. Tak więc do urzędu lekarza szkolnego przywiązana jest potrójna funkcja: medyczna, pedagogiczna i społeczna. Inteligencja lekarza jest powołana do tego, aby ją lekarz do nowej sytuacji i do nowych warunków umiał dostosować i znalazł w nich podnietę do twórczej pracy. Lekarz wnosi do szkoły cenny kapitał wykształcenia i doświadczenia medycznego, którego nie wolno mu roztrwonić, ani zamienić na drobną monetę, ale musi go należycie wyzyskać, jeżeli chce pozostać lekarzem totus teres atque rotundus. Lekarz wyzyskując swoje wykształcenie fachowe odkrywa w szkole nowe problemy medyczne, pedagogiczne, stawia je i próbuje w jak najlepszy sposób rozwiązać. Szkoła staje się dla lekarza nową stacją doświadczalną, w której zdobywa nowe prawdy z zakresu medycyny i w której poznaje nowe gałęzie wiedzy z zakresu pedagogii i socjologii. Koniecznym warunkiem zdobyczy jest praca i umiejętność zastosowania się do nowych sytuacji, które wymagają, aby jego zajęcie nosiło cechy współpracy z ciałem wychowawczym szkolnym i pozaszkolnym pro publico bono.

Przed lekarzem szkolnym niemal każdego dnia staje jakiś nowy problem z zakresu medycyny. Dowiaduje on się od nauczyciela, że ten lub ów uczeń zaniedbuje się od pewnego czasu w postępach naukowych. Lekarz stwierdza, że jest on dotknięty anemią, zwaną w żargonie naszym często niesłusznie anemią szkolną. Budzi się problem patogenezy tej niedokrwistości i zagadnienie, czy w danym przypadku szkoła jest niebezpieczna dla ucznia, czy uczeń dla szkoły. Badanie lekarza może stwierdzić, że szkoła wyrządza dziecku krzywdę z powodu złych warunków wietrzenia izby szkolnej, czy z powodu braku stosownej pauzy w nauce lub braku gimnastyki, czy ćwiczeń fizycznych, badanie może ustalić, że w tej samej klasie jest więcej anemicznych dzieci pokrzywdzonych przez szkołę, kiedy indziej badanie może odkryć u dziecka anemicznego gruźlicę czynną niebezpieczną dla szkoły i dla otoczenia, a w innym przypadku może natknąć się na przyczynę ekonomiczną choroby przez stałe niedożywianie ucznia. W tym banalnym przypadku z codziennego życia szkolnego odzwierciedla się jasno, jak praca lekarza szkolnego wymaga kontaktu z nauczycielem i z rodziną dziecka i jak nie tracąc pozorów zagadnienia higieny szkolnej stawia przed lekarzem wcale trudne problemy poznania prawdy. Jakkolwiek caeteris paribus lekarz szkolny nie jest obowiązany „leczyć“ dzieci szkolnych, to jednak zrozumiałe jest, jak w danym przypadku rozpoznanie i leczenie w znaczeniu organizacji racjonalnych środków zaradczych mogą zależeć od przytomności umysłu i inicjatywy lekarza szkolnego.

Równie banalny i pospolity przypadek w życiu szkolnym przedstawia inny uczeń blady, którego objawy kliniczne świadczą o przemęczeniu umysłowym. Przed lekarzem szkolnym staje znowu problem, czy w danym przypadku winę ponosi szkoła, dom, czy uczeń. Bez wysiłku wejścia w kontakt z nauczycielem i z domem ucznia, lekarz problemu pozornie prostego nie rozwiąże, a nie rozwiązawszy nie zdoła zorganizować potrzebnej akcji profilaktyczno-leczniczej. Jakkolwiek doświadczenie uczy, że najczęstszą przyczyną zmęczenia umysłowego u ucznia nie jest bynajmniej przepracowanie, ale zła praca, tj. zła technika pracy i zły podział godzin pracy, to jednak dla ustalenia rozpoznania etiologicznego nie wystarcza sama symptomatologia, stwierdzająca bladość twarzy, błędny i nieruchomy wyraz oczu, niepokój ruchowy, drżenie głowy czy rąk, ziewanie, niemiarowość oddechowa, niestrawność, sen-

ność, zaburzenia krążenia, ale dla należytego rozpoznania potrzebne jest należyte wyzyskanie wywiadów stanu chorobowego, których poznanie wymaga współpracy lekarza z otoczeniem chorego, tj. z nauczycielem i z domem rodzicielskim. W przypadku tzw. przepracowania umysłowego wykryje śledztwo lekarza, jak wyżej wspomniałem, najczęściej istnienie błędu organizacji pracy, błędu polegającego na braku znajomości ceny czasu. Tak więc to, co pozornie imponowało jako cnota ucznia okazuje się w wyniku niecnotą, błędem jego charakteru. Brak znajomości ceny czasu jest poważnym przestępstwem ze stanowiska moralności społecznej. Jest to przyczynek potwierdzający trafność maksymy La Rochefoucaulda: nos vertus ne sont le plus souvent que des vices déguisés. Nasze cnoty są najczęściej błędami, które się tylko przebrały.

Równie częste i pospolite, jak przepracowanie umysłowe, bywają przypadki przemęczenia fizycznego u młodzieży szkolnej. I w tych przypadkach rozpoznanie i leczenie lekarza nie byłoby całkowite, gdyby się ograniczało do rozpoznania objawowego, a nie starało się wykryć etiologii i patogenezy stanu chorobowego, do czego znowu niezbędne jest dla lekarza wejście w kontakt z nauczycielem gimnastyki i z domem. Badanie takie może ustalić, że przyczyną zmęczenia jest szkoła przez złe warunki wietrzenia sali gimnastycznej, albo przez niefortunny rodzaj ćwiczenia. Kiedy indziej przyczyną może być dom przez błędy higieny odżywiania czy snu, a wreszcie przyczyną może być poczynający się zanik rdzeniowy mięśni, albo zapalenie wielorakie nerwów, albo inna choroba organiczna. W każdym poszczególnym przypadku organizacja pomocy lekarskiej zależeć będzie od wyniku rozpoznania. W przypadku, gdy rozpoznanie ustali, że zmęczenie nosi cechy znużenia samoistnego (idiopatycznego) przez nadmierny wysiłek, a więc cechy chwilowego zatrucia substancjami rozpadu tkankowego w związku z nadmiarem pracy, lekarz ograniczy się do wydania zarządzeń, zapewniających należyte dostarczenie tlenu dla rozwoju oraz dowozu węglowodanów i zasad i ustali wraz z nauczycielem gimnastyki dawkowanie i metodę zajęć fizycznych dla ucznia.

I ten drobny przypadek zmęczenia fizycznego może posłużyć za przykład na to, jak każdy dzień powszedni wyzywa ambicję lekarza do stawiania szeregu problemów, z zakresu patologii, fizjologii, higieny, psychologii, pedagogii. Lekarz nie zadowolni się w przypadku zmęczenia ustaleniem za pomocą cyrkla Webera stopnia osłabienia wrażliwości skóry, czy za pomocą ergografu Mosso stopnia zmęczenia fizycznego, ale zmuszony jest oczywiście zadać sobie szereg pytań, dotyczących mechanizmu patogenetycznego, czy wieku dziecka, jego konstytucji, warunków higieny pracy i odpoczynku.

Lekarz daleki od rozszczepiania włosa na dwoje przekonać się może szybko na podstawie większej liczby przypadków zemdlenia obserwowanego w szkole, że nie ma dwóch identycznych przypadków zemdlenia, jak Bumm się przekonał, odkrywając, że nie ma dwóch jednakowych porodów lub, jak prawdopodobnie, nie ma dwóch jednakowych śmierci nagłych w kąpieli. I w śmierci z utopienia i w zemdleniu z przemęczenia mechanizm patogenetyczny bynajmniej nie jest tak prosty dla lekarza, jak wydaje się być dla laika.

Z drugiej strony lekarz otrzymuje od nauczyciela cały szereg wiadomości pedagogicznych, dotyczących racjonalnego rozdziału godzin pod względem skutków zmęczenia. Lekarz dowiaduje się, które przedmioty mają ustaloną opinię męczących, a które lekkich i dowiaduje się, że gimnastyka przez jednych pedagogów jest uważana za najcięższy, przez innych za najlżejszy przedmiot. Lekarz zapoznaje się z techniką pauzy szkolnej, poznaje stronę pedagogiczną i psychologiczną zagadnienia i odkrywa w niej także stronę higieniczno-lekarską. Pozornie proste zjawisko, jak pauza szkolna, przedstawia osobną wiedzę pedagogiczną i odgrywa w życiu szkolnym, jak pauza w muzyce, istotną część rytmu. Jakkolwiek obowiązuje zasada, aby na pauzie zapewnić młodzieży jak największą swobodę, to jednak idea pauzy tzw. twórczej, tj. kondensującej energię psychiczną, mającą się w następnej godzinie wyładować, nie zwalnia lekarza od obowiązku dozoru higienicznego. Nie jest bowiem ze stanowiska lekarskiego obojętne, gdzie młodzież spędza pauzę i jakich posiłków używa przy śniadaniu dla wzmocnienia energii psychicznej.

Zagadnienie pauzy wkracza w zagadnienie wychowania psychologicznego zależnie od wieku dziecka oraz w zagadnienie ruchu, a więc w problem wychowania fizycznego dziecka. I higiena psychiczna i higiena ruchu dziecka szkolnego wymagają współdziałania wychowawczego lekarza ze szkołą i z domem dziecka. Póki każdego lekarza obowiązuje starożytna zasada: duo medicinae cardines: ratio et observatio, to w stosunku do tych dwóch zagadnień powołany jest lekarz szkolny do szczególnego wysilenia bystrości swojego rozumu i obserwacji, aby liczne nasuwające się wątpliwości szczęśliwie zamienić w racjonalne postanowienia. Sprawy te bowiem nie są tak proste, jak rozpoznanie płonicy czy ospy wietrznej, ale wnikają w tajemnice psychologii i pedagogii. Chcąc uniknąć błędów wychowawczych, zmuszony jest lekarz zapoznać się w zarysach z tymi naukami przy pomocy obserwacji, jaką robi w kontakcie z dzieckiem, z nauczycielem i z domem rodzicielskim.

Z pierwszym dzieciństwem przed 7 r. życia spotyka się lekarz w przedszkolu, gdzie dziecko zdobywa pierwsze swoje wiadomości naukowe przy pomocy naiwnej zabawy i słuchania bajek. Polityka wychowawcza ma na celu stopniowo oswoić iluzję i zabawę dziecka z rzeczywistością.

Drugie dzieciństwo od 7 do 13 r. życia cechuje zdrowy prosty realizm. Umysł dziecka skierowany jest na fakty, interesuje się ono rzeczywistością przyrodniczą, którą śledzi, podpatrując życie zwierząt, polując na motyle na łąkach, na polach i w ogrodach. Jest to tzw. wiek Robinsona. Dzie-

ko chętnie garnie się do szkoły, ale równie chętnie szuka i potrzebuje ruchu. W tym okresie dzieciństwa najaktualniejszym zagadnieniem higieny wychowania staje się sprawa oceny dojrzałości psychicznej dziecka do wstąpienia do szkoły i potrzeba pogodzenia przez wychowawcę naturalnej ruchliwości dziecka z równoczesną koniecznością wyzyskania budzącej się ciekawości umysłu dla użytku nauki szkolnej. Lekarz czuwa w stałym kontakcie z nauczycielem nad szalkami wagi, która waży interesy ciała i ducha dziecka. Łatwo zrozumieć, że nie może trzymać się żadnego szablonu, ale zmuszony jest kierować się wskazaniami, zależnymi od okoliczności nieraz bardzo indywidualnych. Na wiek ten przypada również idea harcerstwa, odpowiadająca interesom duchowym i fizycznym dziecka. Lekarzowi znowu przypada rola oceny zdolności harcerskiej dziecka.

Wiek od 13 do 20 r. życia stanowi wiek młodzieńczy. P a s c a l mówił, że „w człowieku wrze wojna wewnętrzna między rozumem i uczuciami. Mógłby się człowiek cieszyć jakim takim pokojem, gdyby miał sam rozum bez namiętności lub same namiętności bez rozumu". Nic dziwnego, że wiek młodzieńczy nie jest wolny od tej wojny wewnętrznej. Sprzyja temu rozwój popędów erotycznych, żywe działanie hormonów na ustrój i równocześnie żywy rozkwit intelektu i kształtowanie się charakteru. Roczniki statystyczne m. Warszawy notują za okres 6-letni (1917—1923) 17 samobójstw u młodzieży poniżej lat 15, a 347 samobójstw u młodzieży w wieku od lat 15 do 20. Młodzieniec targany wojną wewnętrzną, pozbawiony poprzedniej naiwności dziecięcej zakrywa się chętnie czarną chmurą przejściowej depresji i melancholii. Jest to okres, w którym taedium vitae i Weltschmerz objawiają się na zewnątrz przez oznaki zmęczenia fizycznego i nerwowego, zmienność nastrojów, drażliwość, dążność do samotności, rozmarzenia. Nec patiens corpus nec mens est apta labori — jak mówił O v i d i u s.

Pedagog szkolny wraz z lekarzem przychodzą konfliktom młodzieńca na pomoc przez zastosowanie wypróbowanych doświadczeniem środków, jakimi rozporządza wychowanie fizyczne w najszerszym tego słowa znaczeniu. Wchodzą w to nie tylko ćwiczenia gimnastyczne, gry i zabawy na wolnym powietrzu, uprawa sportu, kąpiele rzeczne, ale i wycieczki krajoznawcze oraz obozy na łonie natury. Są to leki działające uspakajająco i krzepiąco na ciało i ducha. Równie silnym środkiem są metody moralne, kształcące wolę i charakter młodzieńca i przynoszące mu uświadomienie w przejściowych tendencjach zbyt metafizycznych. Claude B e r n a r d przestrzegał przed tendencją gaszenia metafizyki, ale zachęcał do tego, aby ją wyjaśniać, il ne faut pas chercher à éteindre la métaphysique, mais l'éclairer. (Nie należy się kusić, aby metafizykę gasić, ale należy ją oświecać). W konfliktach psychologicznych przeżywanych przez młodzież w tym wieku a grożących z byle błahej przyczyny samobójstwem lub podobnym dramatem trafnie i życzliwie zastosowana interwencja uświadamiająca, a więc oświecająca ze strony taktownego lekarza może mieć skutki bardzo zbawienne dla zdrowia moralnego i dla chwiejnej imaginacji młodzieńca. Lekarz szkolny ma sposobność przez stosowne uświadomienie i uspokojenie skrupułów młodzieńca nakierować jego myśl i wolę na właściwe drogi zdrowej moralnośsi, zupełnie tak, jak to czyni kapłan w konfesjonale. Jest to jego wdzięczna funkcja psychoanalityczna, mówiąc językiem F r e u d a.

Ujawniające się w wieku dojrzewania przejściowe osłabienie energii umysłowej młodzieńca wymaga ze strony pedagoga, a więc i lekarza obniżenia wymagań szkolnych na okres najbardziej przełomowy. Łatwo zrozumieć, jak często w tych przypadkach lekarz zmuszony jest do ustalenia wspólnej polityki postępowania z nauczycielem, aby obniżenie wymagań nie stwarzało precedensu do objawów lenistwa. Ich wspólna troska skupia się w tym sezonie nie tyle nad stanem postępów umysłowych dziecka, ile nad kształceniem jego charakteru. Stosowanie koedukacji w nauczaniu jest oczywiście w tym wieku niestosowne.

Wychowanie psychologiczne wieku młodzieńczego, jak każde wychowanie musi mieć na uwadze moralność i roztropność. Nie może ono kierować się szablonem, ale uwzględniać winno okoliczności i warunki indywidualne ucznia, które stanowią tzw. konstytucję geno — czy fenotypową. Wychowanie zdąża do zaszczepienia w uczniu pożytecznych i moralnych nałogów myślenia i działania kształcących jego charakter w cnocie a chroniących go od niebezpieczeństwa występków. Ze wszystkich występków tego wieku przełomowego najniebezpieczniejsze są nałogi lenistwa, które hamują kształtowanie woli i charakteru i które nie są moralne w znaczeniu społecznym. Ważnym obowiązkiem lekarza szkolnego jest świadoma odpowiedzialności, racjonalna współpraca jego nad wykorzenieniem zgubnych pod względem społecznym nałogów lenistwa młodzieży. Między lenistwem a wadliwą higieną życia szkolnego istnieje bliskie powinowactwo. Bossuet mówi: jeżeli dusza jest panią ciała, które ożywia, to nie pomieszka w nim długo, gdy ciało jest osłabione, zniszczone. Zdrowie jest istotnym warunkiem energii moralnej. Jak wola składa się z drobnych wysiłków powtarzanych, tak też w podstawach swych polega higiena na drobnych staraniach higienicznych, dotyczących pożywienia, powietrza, którym oddychamy, obiegu krwi, dobrze zrozumianych ćwiczeń fizycznych itp. S c h o p e n h a u e r mówił: mózg pracuje tak, jak żołądek trawi. Jeżeli uczeń przejada się, nie może tym samym ustrzec się od lenistwa, nie jest w możności pracować umysłowo i kształcić swojego charakteru w kierunku silnej woli. Jeżeli, przeciwnie, źle się odżywia, to również nie ma warunków do należytego myślenia i sprawnego działania, skoro mózg jego jest stale niedokrwiony. Inny uczeń, odżywiany przy stole normalnie, popełnia błąd higieniczny przez brak ruchu na wolnym powietrzu i tym samym również jest źle

odżywiony. Nie może on należycie pracować umysłowo i krzepić swojej woli, skoro mózg jego i wszystkie tkanki ustroju cierpią na stały brak tlenu, są więc źle odżywiane. Uczniowi temu oprócz chwilowej anoksemii grozi w przyszłości gorsza choroba charakteru, bo choroba lenistwa. Choroba lenistwa jest ze stanowiska dobra publicznego — niemoralna. Lekarz szkolny może niejednokrotnie przez czuwanie nad higieną ciała, w którym mieszka dusza, uchronić młodzieńca od zgubnego lenistwa a społeczeństwo od szkody.

W wieku młodzieńczym bardzo ważną rolę pod względem higieny psychicznej i fizycznej odgrywa sen. W wieku cierpień Wertherowskich sen odgrywa rolę nie tylko „kąpieli znużonej pracy", ale bardziej jeszcze rolę „balsamu cierpiących serc", mówiąc językiem szekspirowskim. Lekarz szkolny musi mieć dużo finezji psychologicznej, aby nie popełnić błędu w ordynacji snu w tym okresie przełomowym. Winien on starać się o to, aby sen dla młodzieńca był kąpielą znużonej pracy, ale i z pobłażaniem tolerować balsam cierpiących serc. Nie może jednak nie zwalczać niebezpiecznego dla kształcenia charakteru nałogu wylegiwania się przed wstaniem. Przeciwnie, ambicją lekarza szkolnego powinno być, aby młodzież nabrała nałogu żwawego wstawania i szybkiego ubierania się. Wszelkie wylegiwanie się bez snu jest niemoralnym objawem lenistwa ze stanowiska higieny fizycznej, psychicznej i społecznej godnym potępienia. „Każdy dzień jest małym życiem, każde obudzenie się jest małym przyjściem na świat, każdy świeży poranek jest małą młodością a każde ułożenie się do snu jest małą śmiercią" — mówił słusznie S c h o p e n h a u e r. Należy wdrożyć młodzież do rychłej nauki ceny czasu i do umiejętności wyzyskiwania czasu.

Pomiędzy różnymi gatunkami tzw. „trudnych" charakterów wśród młodzieży specjalny typ stanowi jedynak, który zwykle, jak doświadczenie uczy, jest rozpieszczony, skłonny do egoizmu, zawsze skrzywdzony, chciwy pochwał i przywilejów. Młodzieniec taki pragnie być zwykle zwolniony od gimnastyki, czy zajęć fizycznych, czy zabiegów kąpielowych, zjada podwójne śniadania w szkole, przy obiedzie grymasi, dostarcza szkole świadectwa lekarza domowego, stwierdzające potrzebę wcześniejszego wyjazdu na wakacje i późniejszego powrotu z wakacji, ma zawsze delikatne zdrowie i zwykle mimo wszystkie przebiegłe zabiegi dla urządzenia sobie wygodnego życia nosi gradową chmurę smutku na swoim młodym czole. Młodzieniec taki, dotknięty mnóstwem nietolerancji pokarmowych i zespołów anafilaksji psychicznych jest przedmiotem nie tylko trosk rodzicielskich, ale i nierzadko obiektem obserwacji i kuracji psychoanalitycznych, prowadzonych przez mniej lub więcej biegłych freudowskich lub adlerowskich psychologów indywidualnych. Oczywiście, jak błędem lekarza w ogóle byłaby zbytnia symplifikacja, tak i błędem lekarza szkolnego byłoby szablonowe traktowanie psychologiczne każdego młodzieńca szczególnie w wieku przełomowym — według pewnej ślepej, wspólnej dla wszystkich miary. Niemniej doświadczenie uczy, że w wielu przypadkach „trudnych" jedynaków zastosowanie rygoru i karności wychowawczej przez tzw. wzięcie jedynaka „do galopu" ułatwia znakomicie pokonanie trudności edukacyjnych. Der Hieb ist öfters die beste Parade — oczywiście nie w znaczeniu dosłownym, ale w znaczeniu urazu psychicznego. Przeprowadzenie takiej kuracji przez lekarza jest niemożliwe bez rzeczowego nawiązania kontaktu z nauczycielem i z domem rodzicielskim, natomiast jest ono możliwe bez nawiązania kontaktu z psychoanalitykiem. Lekarz szkolny sam, jak wyżej wspomniałem, dokonuje psychoanalizy przez perswazję i przez uświadomienie wychowankowi jego status praesens. Mówiąc tak podkreślam, że daleki jestem od chęci jakiegokolwiek lekceważenia zasług i potrzeb psychologa w dziele wychowania dziecka. Chcę tylko zwrócić uwagę na to, jak lekarz szkolny przez należyte wyzyskiwanie kontaktu z nauczycielem i z domem może w konkretny sposób oszczędzić wychowawcom dziecka nie zawsze potrzebnych komplikacji, połączonych z kłopotem, ze stratą czasu i pieniędzy. In medio stat veritas, in medio stat virtus.

Jak w wychowaniu psychicznym we wszystkich okresach życia dziecka i młodzieńca potrzebna jest współpraca lekarza szkolnego z nauczycielem i z domem rodzicielskim w interesie idei edukacji racjonalnej i w interesie dobra publicznego, tak i w wychowaniu fizycznym ten sam lekarz szkolny zmuszony jest wspierać swoją radą i doświadczeniem wysiłki pedagoga. I jak tam organizował plan swojej działalności na podstawie poznania celów edukacji psychicznej, tak i w tym problemie zmuszony jest lekarz poznać język, którym mówi pedagogia ruchu fizycznego. Nie może tego języka poznać bez nawiązania kontaktu z nauczycielem i ze szkołą, jak nie może zorganizować właściwej interwencji fachowej bez utrzymania tego kontaktu.

Celem wychowania fizycznego nie jest bynajmniej sztuka dla sztuki, tj. doprowadzenie sprawności fizycznej dziecka, czy młodzieńca do pewnej określonej perfekcji gimnastycznej, ale celem tego wychowania jest zapomocą ruchu zorganizowanego w postaci ćwiczeń fizycznych wzmocnić potencjał jego zdolności umysłowych i duchowych, a więc wzmocnić jego wolę, potrzebną do wykształcenia charakteru. L a v o i s i e r zwrócił uwagę na fakt, że człowiek przyswaja na czczo po pracy mięśniowej prawie 3 razy więcej tlenu, niż w stanie spoczynku, to znaczy, że najpierwszym następstwem ćwiczenia jest wchłanianie przez ustrój znacznej ilości tlenu. Uczeń, który nie używa ruchu przez cały dzień żyje życiem jak gdyby stłumionym, mózg jego i wszystkie tkanki są gorzej ukrwione. W rezultacie nie tylko gorszy ma apetyt, gorsze trawienie, ale i gorzej i trudniej myśli i gorsze ma warunki doskonalenia swojego umysłu, swojej imaginacji i charakteru. Tymczasem uczeń, używający ruchu na świeżym powietrzu przystępuje do pracy z krwią bogatszą w tlen, z oddechem ożywionym, mózg

jego lepiej ukrwiony jest zdolny do energiczniejszych i dłuższych wysiłków, zdobywa on lepsze warunki do pracy nad własnym doskonaleniem i do kształcenia swojego charakteru. Zresztą zasadą, która utorowała drogę i zwycięsko zdobyła prawo obywatelstwa w edukacji dziecka dla ćwiczeń fizycznych była znana zasada L i n g a: organizm nie ćwiczony nie rozwija się, ale ćwiczony nadmiernie marnieje. W tym mądrym aforyzmie zawarty jest postulat bezwzględnej potrzeby wprowadzenia ćwiczeń do wychowania szkolnego, bez których szkoła hamowałaby rozwój ustroju dziecka a więc wyrządzałaby mu szkodę. I równocześnie tkwi w tej sentencji głęboka troska i ostrzeżenie, aby ćwiczenie fizyczne w szkole przez nadmierne dawkowanie nie naraziło dziecka na szkodliwe skutki, aby więc było przedmiotem racjonalnej metody. Jak tego historia pedagogii uczy, hasło rzucone przez wielkiego Szweda znalazło żywy rezonans we wszystkich krajach i jest do dziś przedmiotem ciągle aktualnym i ciągle doskonałym.

W Polsce, podobnie jak w innych państwach, rozwój wychowania fizycznego był w ścisłym związku z całokształtem rozwoju społecznego. Młodzież szlachecka w szkole ćwiczyła się we władaniu bronią, jeździe konnej, gonitwie do pierścienia, stawała w szranki, grała w piłkę, mieszczaństwo zaś ze względu na obronę miast oddawało się ćwiczeniom strzeleckim. Jan Komensky, wyznawca Braci Czeskich w XVII wieku dopomina się, przybywszy do Polski, o zasadę demokratyczną, aby do wychowania fizycznego dopuścić każde dziecko bez względu na klasę, do której należy. Komisja Edukacji Narodowej zarządziła, że ćwiczenia fizyczne „mają się odbywać każdego dnia szkolnego, ile możności na wolnym powietrzu".

Dzieło L i n g a objęło głównie gimnastykę i to gimnastykę zdrowotną i leczniczą. W doborze ćwiczeń kierował się L i n g ideą, że „ruch, który by w swej przyczynie i dodatnich skutkach nie dał się udowodnić na zasadach anatomii i fizjologii nie jest ruchem gimnastycznym, lecz bezpożyteczną, a bardzo często szkodliwą zabawką". Rozwój zabaw i gier ruchowych oraz sportów przypadł w udziale pedagogom angielskim, których ideę zaszczepił w Polsce Dr J o r d a n. W krajach niemieckich rozpowszechnił się system wycieczek szkolnych, w anglosaskich skauting, który jest uzupełnieniem gimnastyki. Zabawy i gry ruchowe dają upust dla instynktu walki wrodzonego młodzieży, podtrzymują ten instynkt, ale metodycznie zorganizowane przeobrażają go w walki dwóch równych drużyn, współzawodniczących ze sobą na podstawie jednakowych zasad pod kierownictwem sędziego i oprócz zysków zdrowotnych przynoszą korzyści natury wychowawczej, a więc społecznej, zaszczepiając młodzieży takie cnoty, jak poszanowanie zasad a więc prawa, sprawiedliwość, bezinteresowność, towarzyskość, umożliwiają planowe wyładowanie energii i godziwy odpoczynek po pracy. Usportowanie dziatwy i młodzieży nie powinno polegać na zawodach, lecz na stopniowym przyswajaniu wszechstronnych sprawności fizycznych, począwszy od 7 roku życia przez takie sporty, jak pływanie, saneczkowanie, narciarstwo i łyżwiarstwo, dodając do tego w okresie pokwitania — doskonalenie form poznanych ćwiczeń, a w końcu strzelanie, lekką atletykę, ratowanie tonących i wioślarstwo oraz walkę wręcz. Powyższe sporty dają nie tylko wiele sposobności do „wyżycia się", przez wyładowanie energii, ale także przez nabywanie wszechstronnej sprawności młodzież zyskuje ufność w swe siły i odwagę. Odwaga rozwija się przez częste pokonywanie chwilowych obaw, a następnie pogłębia się przez przeświadczenie, że zamiar się uda.

Szczególnie wiek młodzieńczy od około 13 do około 20 r. życia stawia przed lekarzem szkolnym ważny problem higieny wychowania fizycznego w okresie pokwitania. Okres ten zaczyna się wcześniej u dziewcząt. Lekarz szkolny staje wobec zadania pouczenia dziewczynki i jej matki, jak się należy zachować wobec menstruacji, że w szczególności nie należy zmieniać trybu normalnego obmywania się i podmywania, a jedynie nie dokonywać tego zimną wodą ani gorącą, ale letnią, że całe kąpiele, czy tuszowanie zimną wodą w tym czasie należy przerwać, że zmienianie jak najczęstsze opasek jest rzeczą ważną, aby nie dopuszczać do zadrażnień skóry i błony śluzowej, że opaski gazowe drogie można zastąpić opaską płócienną z wkładką ligniny i kawałkiem wygotowanego miękkiego płótna, że wata nie jest wskazana, gdyż zbytnio rozgrzewa. Lekarz udziela wskazówek, że gwałtowne wstrząsy są w tym okresie przeciwwskazane, np. skoki w dal, krótkie biegi ze zrywami startowymi, piłka koszykowa. W ćwiczeniach gimnastycznych oraz grach i zabawach może na ogół uczestniczyć ze zwolnieniem od skoków i ćwiczeń połączonych z dużym rozkrokiem, czy też silnym przegięciem się w tył.

U chłopców okres rozwoju zaczyna się znacznie później, około 14 roku życia i zaburzenia wydolności ustroju zaznaczają się słabiej niż u dziewcząt. U obu płci potrzeba ruchu nie zmniejsza się w tym czasie, rosnące jednak obowiązki nauki zmuszają dzieci do coraz dłuższego siedzenia w szkole i w domu przy odrabianiu zadań. Dostateczna dawka ruchu staje się trudniejsza do uzyskania, co może odbijać się na zdrowiu. Lekarz szkolny winien domagać się tego, aby mimo wszystko dzieci spędzały dwie godziny dziennie na świeżym powietrzu przy swobodnej zabawie lub na spacerach, w zimie na nartach, czy ślizgawce, w lecie w pływalni, na rzece, czy nad stawem, na kajaku, czy łódce. Gry i zabawy na boiskach, tenis, ćwiczenia lekkoatletyczne, obozowanie, wycieczki krajoznawcze, łatwe wycieczki podgórskie i górskie są wskazane. Cechą tych ćwiczeń i zabaw powinien być brak przymusu i umożliwienie każdej chwili odpoczynku dla zmęczonych. Na ogół dziewczęta są mniej skore do przemęczenia, niemniej nie mogą być dopuszczane do prób współzawodniczenia z dziewczętami starszymi, bo wszelkie porównywanie sił dopuszczalne jest tylko między rówieśnicami. I u dziewcząt i u chłopców

na naczelnym miejscu pozostają ćwiczenia zręcznościowe.

Chłopców trudniej jest ustrzec przed zmęczeniem, bo w związku z rozwojem mięśni mają większą ambicję i zamiłowanie do ćwiczeń siłowych i do mocowania się. W okresie roku 13 i 14, gdy chłopak gwałtownie rośnie, wobec rozwijającej się dysproporcji między zapotrzebowaniami silnie wydłużających się kończyn i całego ciała a rozwojem narządu krążenia i narządu oddechowego ćwiczenia siłowe stają się szkodliwe.

Z gier niesłusznie zaniedbany jest u nas palant, dla którego nie ma właściwie przeciwwskazań, jeśli chodzi o grę wśród rówieśników. Także zbyt małym poparciem cieszy się tenis, okrzyczany jako sport drogi. Ma on jednak dużo cech dodatnich: wyrabia decyzję, szybkość orientacji, uwagę, wymaga szybkości i precyzji ruchów, dla wybitniejszych wyników potrzebną jest wytrzymałość. Ma duże wartości wychowawcze, zmusza do opanowania swych nerwów, niepoddawania się przeciwnikom, a narzucanie im swej woli, tempa i taktyki gry. Wreszcie ścisłe reguły tenisa uczą podporządkowania się decyzjom sędziego. Wyrabia on pewność oka, ćwiczy wszystkie mięśnie, zwłaszcza tułowia, rąk i barków, wpływa dodatnio na narządy klatki piersiowej i na układ nerwowy (D y b o s k i).

Siatkówka i koszykówka są cennymi nabytkami ostatnich czasów, kryją jednak w sobie jedno niebezpieczeństwo przez możliwość uprawiania ich w sali lub na pierwszym lepszym boisku klepiskowym.

Przeciwwskazanie dla piłki nożnej stanowią kolana szpotawe (ustawienie nóg w 0). Przy odwrotnym błędzie, tj. przy kolanach koszlawych (ustawnienie nóg w X) piłka nożna działa korzystnie (W o j c i e c h o w s k i). Przeciwwskazaniem dla pływania są wszelkie schorzenia dróg moczowych. U dziewcząt ważnym wskaźnikiem dla przemęczenia w ćwiczeniach i zabawach fizycznych jest przebieg periodów i okresów międzymiesiączkowych, które pod wpływem przemęczenia ulegają zaburzeniom rytmiczności (D y b o w s k a).

O dwóch przeciwwskazaniach nigdy nie należy zapominać: 1) nieprzygotowanie i nieopanowanie techniki danego wysiłku stanowi główny powód przemęczenia i uszkodzeń, 2) niezupełne wygojenie lub wyleczenie poprzedniego skaleczenia, stłuczenia czy uszkodzenia.

Ważnym warunkiem należytego wyzyskania zabaw i gier sportowych w mieście jest umiejętność zorganizowania ich w szybki i w tani sposób na świeżym powietrzu w bliskości pól i lasów, do czego niezbędna jest szybka komunikacja.

Dorastająca młodzież wiejska wymaga ćwiczeń, które wyrabiają szybkość, gibkość i zwinność, do czego służy metoda gimnastyczna Duńczyka B u k k a. Ćwiczeniami wymagającymi maksymalnego ruchu w stawach uczynił on grubo zbudowanych mocnych parobków z ferm duńskich gibkimi i zwinnymi. Te same ćwiczenia Bukka, zastosowane u słabej i niedorozwiniętej młodzieży miejskiej mogą dać fatalne pogorszenie postawy skutkiem rozluźnienia stawów, niepodtrzymywanych przez silną muskulaturę.

Wyraz praca zwykle wywołuje fałszywie obraz ucznia bladego, siedzącego i pochylonego nad stołem w zakopconym od dymu tytoniowego ciasnym pokoju. Otóż czytać, rozmyślać nawet tworzyć można przechadzając się po ogrodzie, czy w polu i jest to metoda najlepsza, najmniej nużąca i najbardziej płodna w odkrycia. Przechadzka szczególnie ułatwia pracę przyswajania i zużytkowania materiałów umysłowych. C i c e r o mówił: quidquid conficio aut cogito in ambulationis fere tempus confero, a N i e t z s c h e podobnie: siedzenie jest grzechem przeciw duchowi świętemu. Jeno wychodzone myśli są coś warte. Pracować nie znaczy ciągle się kształcić i zdobywać erudycję, ale pracować, znaczy mieć umysł czynny, czyli myśleć. Nie należy brać za jedno nauki i erudycji. Erudycja zbyt często bywa lenistwem umysłu.

Jak w atmosferze Kasy Chorych ustalił się przesąd, że każdy ubezpieczony w zawodzie fizycznym jest eo ipso ciężko pracującym w odróżnieniu od pracownika umysłowego, tak w życiu potocznym szkoły ustalił się komunał o przepracowaniu uczniów w szkole. Lekarz szkolny, który chciałby ten problem poznać musiałby wejść w bliski kontakt z nauczycielem i z domem każdego poszczególnego ucznia ciężej chorego z przepracowania — dowiedziałby się, ile temu uczniowi zadają i jak się ten uczeń do pracy zabiera, w jaki sposób jego instynkt samoobrony reaguje na przeciążenie i poznałby eo ipso warunki, w jakich uczeń pracuje. Wynikiem takiej obserwacji byłby wniosek, że przez te 222 dni pracy szkolnej w roku instynkt samoobrony ucznia dokonuje cudów waleczności i że jeżeli uczeń smutno wygląda, to może raczej częściej z powodu lenistwa, niż z powodu przepracowania.

Inny przesąd, który również dużo konfuzji sprawia w życiu szkolnym jest pogląd, że siła fizyczna jest symbolem zdrowia. Pogląd ten wywołuje odruchowo tendencje w kierunku atletyzmu. Wdzięcznym zadaniem lekarza szkolnego, który umiał nawiązać kontakt z nauczycielem i z domem rodzicielskim jest przeciwdziałanie tym symplistycznym hasłom, utożsamiającym zdrowie z siłą mięśniową.

Lekarz szkolny obserwujący życie szkolne z punktu widzenia społecznego odkrywa w nim w miniaturze wszystkie cnoty i występki własnego społeczeństwa. Im odkryte cnoty są szlachetniejsze, tym żywszą sprawiają mu radość. W przypadku odkrytych wad nie może oddawać się indyferentnej bierności, ale jak na rasowego lekarza przystoi — winien te występki traktować jako objawy choroby, którą trzeba leczyć. Do różnych chorób społecznych, jakie wnikają także w życie szkolne należy niewątpliwie alkoholizm. Jak ze statystyki 1926 r. Dr A d a m o w i c z o w e j wynika, alkoholizm wyrządza wśród młodzieży szkół powszechnych szkodę na zdrowiu. Z ankiety obejmującej bardzo bogaty i urozmaicony materiał dziecięcy wynika, że w szkołach

powszechnych pije czasem napoje wyskokowe 61.2% dzieci, a często, tj. raz na tydzień 14% dzieci, w tym więcej chłopców, niż dziewcząt. Wśród abstynentów było źle rozwiniętych 11.31%, wśród często pijących 22.84% (dwa razy tyle), umysłowo gorzej pracujących wśród abstynentów było 18.75%, wśród często pijących — 30.9%. Na alkoholizm dzieci wybitny wpływ ma dom, bo, jak liczby statystyczne dowodzą, tylko te dzieci piły wódkę, których rodzice pili. Pokonanie choroby społecznej, jaką jest alkoholizm wymaga różnych metod leczniczych. Nie ulega wątpliwości, że jednym ze środków skutecznych w tej walce powinna być szkoła. Lekarzowi szkolnemu stoi droga do walki z pijaństwem przez osobisty kontakt z domem rodzicielskim. Lekarz ma możność otworzenia oczu rodzicom na niebezpieczeństwo, jakie się kryje w wódce dla ich psychicznego, moralnego i fizycznego zdrowia i na fatalne skutki, jakie grożą ich dzieciom. Lekarz podtrzymujący należyty kontakt z nauczycielem i z domem rodzicielskim znajdzie zawsze sposób dla właściwej interwencji w tym względzie.

RÉSUME

Sur le besoin de la collaboration du médecin d'école avec l'instituteur et la familie de l'enfant

par Włodzimierz Mikułowski

Un médecin d'école qui veut accomplir comme il le faut son devoir est obligé de se mettre en rapport avec l'instituteur ainsi qu'avec la famille de l'enfant, il doit apprendre à connaître les principes de la culture pédagogique. Le contact une fois lié lui montre l'identité du mécanisme qui existe entre l'éducation du caractère et l'instruction de contumes higieniques d'enfant.

KORESPONDENCJE — SPRAWOZDANIA

Dr med. Stefan ŚLOPEK Kraków

Wrażenia z podróży do Stanów Zjednoczonych A. P.

W ramach stypendiów Światowej Organizacji Zdrowia (United Nations, World Health Organization) miałem możność, z ramienia Państwowego Zakładu Higieny, zwiedzenia szeregu ośrodków naukowych w Stanach Zjednoczonych A. P.

Celem tej podróży było zapoznanie się z najnowszymi postępami w zakresie diagnostyki bakteriologicznej, zapobiegania i swoistego leczenia chorób zakaźnych, w szczególności zaś zapoznanie się z produkcją i standaryzacją szczepionek, surowic i preparatów diagnostycznych.

Okres czasu przeznaczony na studia w Stanach Zjednoczonych był dość krótki, bo tylko trzymiesięczny, jednakże dzięki doskonałej organizacji ze strony Światowej Organizacji Zdrowia i dobremu rozplanowaniu studiów w różnych laboratoriach, można było i w tak krótkim okresie czasu zapoznać się nie tylko z bieżącą pracą, ale również zetknąć się z pracą badawczą prowadzoną w różnych ośrodkach naukowych.

Według planu studiów miałem zwiedzić trzy ośrodki naukowe. Jednym z nich to miejskie laboratorium miasta Nowego Jorku (Bureau of Laboratories and Research, New York City Departement of Health) pod kierownictwem Dr R. Muckenfuss'a. Laboratorium to pomieszczone jest częściowo w szpitalu William Park Hospital (przeważnie oddziały produkcyjne). Oddział diagnostyczny pod kierownictwem Dr I. G. Steffen'a mieści się w budynku Miejskiego Urzędu Zdrowia (New York City Departament of Health). Laboratorium to obsługuje jedynie miasto Nowy Jork z jego przedmieściami (około 8,000.000 mieszkańców). Ruch w laboratorium diagnostycznym bardzo duży. Dzienna ilość prób krwi na odczyn Wassermanna przekracza 1000. Materiały do badań bakteriologicznych zbierane są w kilkuset punktach (Drug Stores) rozrzuconych po mieście. Tą samą drogą rozprowadzane są surowice, szczepionki, preparaty diagnostyczne i naczyńka do pobierania próbek do badań.

Drugim miejscem mego pobytu było stanowe laboratorium Stanu Nowy Jork pomieszczone w stolicy stanu Nowy Jork w Albany (N. Y. Bureau of Laboratories nad Research New York State Departament of Health, Albany, N. Y.) pod kierownictwem Dr G. Dalldorfa. Laboratorium to obsługuje cały stan Nowy Jork i jest instytucją nadrzędną dla szeregu mniejszych laboratoriów rozrzuconych w całym Stanie. Pięknie położone, doskonale rozplanowane i wyposażone w najnowocześniejszą aparaturę (mikroskop elektronowy, ultracentryfuga) jest idealnym miejscem dla szkolenia specjalistów wszystkich gałęzi mikrobiologii. Pod względem organizacyjnym dzieli się na dział diagnostyczny (pod kierownictwem Dr R. Gilbert), dział produkcji (pod kierownictwem Dr H. W. Lyalla) i dział badawczy pod kierownictwem dyrektora zakładu. Poza pięknie urządzonymi laboratoriami, zwracają uwagę dobrze rozwiązana sprawa przygotowania pożywek bakteryjnych, szkła laboratoryjnego, naczyniek do pobierania próbek do badań bakteriologicznych na wysyłkę, dobrze zorganizowana farma z hodowlą zwierząt laboratoryjnych i wspaniała biblioteka i czytelnia zaopatrzone w najnowsze piśmiennictwo ze wszystkich niemal działów medycyny.

Ostatnią, nadrzędną niejako, bo kontrolną dla wszystkich laboratoriów Stanów Zjednoczonych placówką, w której spędziłem dłuższy czas, był Narodowy Instytut Zdrowia (National Institut of Health) w Bethesda pod Waszyngtonem. Przepięknie położony i doskonale wyposażony, obejmuje niemal wszystkie działy medycyny i zajmuje się pracą kontrolną i badawczą. Tam w laboratorium kontrolnym (Biologic Control Laboratory) pod kierownictwem Dr M. V. Veldee opracowywane są szczegółowe instrukcje, dotyczące określania wartości szczepionek, surowic i innych preparatów stosowanych w celach leczniczych czy zapobiegawczych w medycynie. W laboratoriach badawczych dla chorób zakaźnych (Division of Infection Di-

seases) kierowanych przez Dr C. Armstronga wre praca nad wirusami (wścieklizna, poliomyelitis), rikecjami (różne odmiany tyfusu plamistego). Tam rozpoznano i opisano nową chorobę rikecjową (Rickettsialpox). Tuż obok w Zakładzie Farmakologii (Departament of Pharmacology) prowadzone są interesujące badania nad chemoterapią gruźlicy doświadczalnej (Dr M. I. Smith i Dr E. Emmart).

Sekcja antybiotyków (Antibiotic Study Section) pod kierownictwem Dr H. T. Clarke jest tą placówką, która koordynuje badania nad antybiotykami, urządzając co pewien czas konferencje naukowe i wydając biuletyny, dotyczące badań nad antybiotykami.

Wymieniłem tylko te laboratoria, w których miałem możność zapoznania się z pracą bieżącą.

Poza tymi trzema ośrodkami, w których spędziłem większość czasu, było jeszcze możliwe zwiedzenie innych środków naukowych, zajmujących się interesującymi mię zagadnieniami. I tak zwiedziłem Zakład Bakteriologii Północno-zachodniego Uniwersytetu w Chicago (Northwestern University, School of Medicine, Departament of Bacteriology) pod kierownictwem Dr Guy P. Youmans'a, w którym prowadzone są intensywne badania nad chemoterapią gruźlicy doświadczalnej. W tymże mieście zwiedziłem również drugi Zakład Bakteriologii Uniwersytetu Stanu Illinois (University of Illinois, School of Medicine, Department of Bacteriology) pod kierownictwem Dr M. Novak'a gdzie zapoznałem się z organizacją przetaczania krwi i produkcją suchej plasmy. W Waszyngtonie zwiedziłem Food and Drug Administration, doskonale urządzone laboratorium kontrolne dla antybiotyków i placówkę dla badań nad antybiotykami pod kierownictwem Dr H. Welch'a. W Nowym Jorku, poza stałym pobytem w miejskim laboratorium, zwiedziłem oddział wirusowy Instytutu Rockefellera (dr J. Casals). Wreszcie zwiedziłem Firmę Lederle (Lederle Laboratories) w Pearl River pod Nowym Jorkiem. Jest to duża wytwórnia surowic, szczepionek i preparatów diagnostycznych, będąc równocześnie, jak zresztą większość firm tego rodzaju, placówką naukową. Tam zapoznałem się z metodyką badań wirusów i rikecji (Dr H. Cox, Dr H. Koprowski, Dr J. Cabasso), jak również zetknąłem się ze znanym z piśmiennictwa Dr J. A. Weilem, zajmującym się zagadnieniem czerwonki bakteryjnej, a więc tym zagadnieniem, któremu wspólnie z W. Kuryłowiczem poświęciliśmy na terenie Polski wiele badań w czasie ostatniej wojny.

Kilka słów należy poświęcić organizacji pracy w laboratoriach zwłaszcza większych. Uderza tu stosunkowo mała liczba lekarzy, przeważnie na stanowiskach kierowniczych i dość znaczna liczba specjalistów z innych dziedzin, chemicy, przyrodnicy, statystycy. Ci dość różnorodni specjaliści są jednak dobrze zgrani ze sobą. Poza specjalistami istnieje dobrze wyszkolony personel techniczny. Personel ten obok pracy bieżącej (diagnostycznej czy produkcyjnej) bierze czynny i to duży udział w pracy badawczej. Dowodem zainteresowania jest u tych ludzi choćby żywy udział w posiedzeniach naukowych oraz wykorzystywanie wolnych chwil od pracy w laboratorium dla poznania nowego piśmiennictwa w bibliotekach czy czytelniach.

Obecnie przejdę do krótkiego omówienia nowych osiągnięć w dziedzinie diagnostyki bakteriologicznej, produkcji szczepionek i surowic, chciałbym również omówić kierunek pracy badawczej w zwiedzanych laboratoriach.

Wielką pomocą w diagnostyce bakteriologicznej jest dobrze postawiona wytwórczość preparatów diagnostycznych. Dużym powodzeniem, zresztą nie tylko na terenie Stanów Zjednoczonych, cieszą się pożywki bakteryjne względnie składniki używane do przygotowania pożywek bakteryjnych, produkowane w stanie sproszkowanym, przez dużą wytwórnię Difco w Detroit. Diagnostyczne antygeny i surowice (często również w stanie sproszkowanym), dające się łatwo przechowywać i transportować wytwarza firma Lederle. Powszechnie stosowane jest przechowywanie tak bakterii, jak i wirusów w stanie suchym (suszenie w stanie zamrożonym) lub przechowywanie w niskich temperaturach (do minus 50 stopni C). Pozwala to na uniknięcie zmian (dysocjacja), jakie zachodzą w starzejących się hodowlach bakteryjnych i utrzymanie tak bakterii, jak i wirusów w stanie pełnej zjadliwości. Ma to, jak wiemy, duże znaczenie w produkcji surowic i szczepionek.

Pracownie diagnostyczne są na ogół bardzo dobrze wyposażone. Dokładnie opracowane instrukcje dla bieżącej pracy diagnostycznej wydawane niekiedy w postaci książek (Standard Methods of the Division of Laboratories and Research of the New York State Department of Health) Albany N. Y. lub powielanych instrukcji i duża mechanizacja pracy daje możność osiągania jednolitych wyników.

W diagnostyce bakteriologicznej do bieżącej pracy wsprowadzono różnicowanie pałeczek durowych przy pomocy swoistych bakteriofagów, co ma duże znaczenie epidemiologiczne, oznaczanie typów pneumokoków, paciorkowców, pałeczek czerwonkowych i pałeczek rzekomodurowych.

Duży krok naprzód osiągnięto w dziedzinie badań nad rozpoznawaniem schorzeń wirusowych. Odczyn zahamowania aglutynacji Hirsta, wzgl. jego odmiany, odczyn wiązania dopełniacza z antygenami wirusowymi, weszły już do bieżącej diagnostyki grypy, świnki (mumps) czy schorzeń należących do grupy tyfusu plamistego.

W zakresie serologicznej diagnostyki kiły panuje jeszcze dość duża różnorodność. Dużym osiągnięciem jest wprowadzenie do pracy bieżącej ilościowych metod serologicznych. Pewne uproszczenie serodiagnostyki kiły osiągnięto przez zastosowanie metod precypitacyjnych dla wykluczenia przypadków serologicznie ujemnych. Z surowicami podejrzanymi (dodatnimi w odczynie precyp.) wykonuje się jakościowy odczyn wiązania dopełniacza (odczyn Wassermanna), a w przypadkach seropozytywnych również i odczyn ilościowy. Metody ilościowe mają szczególnie duże znaczenie

i zastosowanie dla kontroli serologicznej w czasie leczenia kiły, zwłaszcza przy zastosowaniu szybkiego leczenia penicyliną. Na czoło metod ilościowych, których jest znaczna ilość, wysuwa się bardzo dokładnie opracowana metoda Wadswortha i wsp. w Bureau of Laboratories and Research w Albany. W metodzie tej stosuje się antygen o znanym składzie chemicznym (cardiolipin antigen) niezwykle swoisty a zarazem czuły.

W produkcji surowic wprowadzono metody oczyszczania działaniem fermentów. W wyniku ilość uczuleń na białko surowicy a tym samym ilość przypadków choroby posurowiczej spadła bardzo znacznie. Sposób ten dość prosty będzie można wprowadzić i u nas. Wprowadzenie do leczenia schorzeń zakaźnych sulfamidów i antybiotyków zmniejszyło w dużej mierze stosowanie surowic i ograniczyło ich podawanie do przypadków opornych na działanie powyższych leków. Duże znaczenie lecznicze przypisuje się surowicom uzyskanym drogą uodporniania małych zwierząt laboratoryjnych, jak króliki. Surowice królicze przeciw zakażeniu pałeczkami grypy (Hemophilus influenzae), jak również surowica królicza przeciwkokluszowa (Hemophilus pertussis) są coraz częściej stosowane z pomyślnym wynikiem w celach zapobiegawczych i leczniczych w zakażeniach powyższymi gatunkami drobnoustrojów.

Wprowadzenie do bieżącej pracy hodowli wirusów i rikecji w rozwijających się embrionach kurzych doprowadziło do dużego rozwoju produkcji szczepionek wirusowych (szczepionka przeciwko grypie) i rikecjowych (szczepionki przeciwko różnym odmianom tyfusu plamistego).

Duży postęp osiągnięto w zakresie standaryzacji szczepionek bakteryjnych i wirusowych. Dokładne oznaczanie wartości uodparniających szczepionek tak bakteryjnych, jak i wirusowych i wyrażanie tej wartości przy pomocy metod statystycznych, daje podstawę do wytwarzania szczepionek o jednolitej wartości uodporniającej. Z drugiej strony uwzględnianie badań nad budową antygenową tak bakterii, jak i wirusów doprowadziło do sporządzania szczepionek, zawierających wszystkie możliwe antygeny spotykane u danego gatunku bakterii czy wirusu. Z tą sprawą spotkano się przy grypie, gdzie wyosobniono 3 (względnie 4) wirusy grypy o różnych własnościach antygenowych, a przypuszcza się, że istnieją jeszcze inne odmiany. Ta różnorodność w budowie antygenowej zarazków, wywołujących chorobę Heine-Medina (poliomyelitis anterior acuta) jest jedną z trudności w wprowadzeniu pełnowartościowej szczepionki.

Coraz większym powodzeniem cieszą się szczepionki absorbowane na wodorotlenku glinu. Są to głównie anotoksyny (błonica, tężcowa) a także szczepionki bakteryjne (szczepionka przeciwkokluszowa) stosowane bądź to odrębnie bądź w różnych kombinacjach (błonicza i kokluszowa, błonicza i tężcowa).

Badania nad zapobieganiem i leczeniem doświadczalnej gruźlicy są w pełnym toku. Zostały opracowane podstawy badań doświadczalnych przy użyciu jako zwierząt doświadczalnych, królików, świnek morskich, szczurów, myszek a także rozwijających się embrionów kurzych. Opracowano sposób zapobiegawczego stosowania szczepionki B. C. G. (metoda wielopunktowa), który daje najlepszy i najszybszy stopień uodpornienia (alergiczny odczyn tuberkulinowy w 3 tygodnie po szczepieniu w 100% dodatni, mniejszy procent śmiertelności zwierząt uodpornianych zjadliwymi prątkami gruźlicy w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi przy minimalnych objawach ubocznych (ropienia). Sposób ten znalazł już zastosowanie w uodparnianiu zapobiegawczym ludzi (tak niemowląt, jak i dorosłych z ujemnym odczynem tuberkulinowym). Stosowanie doustne szczepionki B. C. G. zupełnie zarzucono jako nieskuteczne.

W leczeniu gruźlicy doświadczalnej duże nadzieje rokuje skombinowane leczenie antybiotykami (głównie streptomycyną), związkami sulfonowymi i pochodnymi kwasu salicylowego.

Duży nacisk kładzie się w tych badaniach na używanie standartowych szczepów prątka gruźliczego o pewnej i stałej zjadliwości, gdyż tylko na tej drodze wyniki otrzymane przez różnych autorów z różnymi substancjami leczniczymi u danego zwierzęcia doświadczalnego dadzą się ze sobą porównywać.

Głównymi ośrodkami, zajmującymi się powyższymi zagadnieniami są Rochester (Minnesota) Feldman i wsp., Hinshaw i wsp. w Mayo Clinic), Chicago (Rosenthal, Youmans), Albany (N. Y.) (Birkhaug), Bethesda (Md.) (Smith i Emmart).

Badania and antybiotykami mogą się poszczycić nowymi osiągnięciami w postaci wysoce aktywnych i oczyszczonych preparatów penicyliny i streptomycyny, jak również wyosobnieniem nowych substancji antybiotycznych (bacitracyna, subtilina, tomatyna i inne), które zyskują sobie prawo obywatelstwa w chemoterapii schorzeń zakaźnych. Publikacje, dotyczące antybiotyków liczy się dziś już na tysiące, a ilość opisanych substancji antybiotycznych wynosi już ponad 150.

Badania nad streptomycyną ugruntowały jej stosowanie w szeregu zakażeń wywołanych zarazkami niewrażliwymi na działanie penicyliny, względnie opornych na jej działanie. Lecznicze własności streptomycyny w różnych postaciach gruźlicy są przedmiotem intensywnych badań wielu ośrodków naukowych. Na drodze do szerszego stosowania streptomycyny stoi dość wysoka cena tego leku (4.5 dolara za 1 gm.). Postępy w zakresie produkcji pozwolą być może już w niedługim czasie na uzyskanie leku tańszego i na szersze jego stosowanie.

Niezwykle życzliwe ustosunkowanie się do mnie zarówno kierownictwa a także personelu poszczególnych laboratoriów pozwoliło mi na pełne wykorzystanie tak krótkiego pobytu.

Tej życzliwości zawdzięczam nie tylko obejrzenie urządzeń, zapoznanie się z bieżącą pracą, zetknięcie się z metodyką prac badawczych, ale również zebranie dużego materiału do badań w kraju w postaci szczepów bakterii, wirusów, surowic standartowych, a ponadto zebranie olbrzymiego

piśmiennictwa w postaci odbitek prac naukowych, instrukcji i książek. W odpowiedzi na moje listy z prośbą o odbitki prac naukowych otrzymałem bezinteresownie setki odbitek, dotyczących zagadnień mnie interesujących.

Z tego też względu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania tak Światowej Organizacji Zdrowia w osobach Dr J. Vesely z Genewy, Dr C. K. Chu z Nowego Jorku i Dr N. Begg'a z Misji Narodów Zjednoczonych w Warszawie za organizację mych studiów, jak również Kierownikom i Personelowi Zakładów i Instytucji, w których przebywałem za umożliwienie mi osiągnięcia jak największych wiadomości, dotyczących zagadnień związanych z moją specjalizacją.

OCENA

St. W s z e l a k i: *Aktualne zagadnienia patogenezy i leczenia przyczynowego w błonicy.* Księgarnia Gdańska 1948, stron 182. 8⁰, cena 580 zł.

Im bardziej się oddalamy od czasu poznania zarazka błonicy i jego jadu, od odkrycia przeciwjadu, od zapoczątkowania leczenia surowicą przeciwbłoniczą, od zaprowadzenia odczynu Schicka, tym więcej i wyraźniej występuje rozbieżność między pojęciami powstałymi w oparciu o powyższe zdobycze z jednej strony, a tym, z czym się spotykamy w naszych zajęciach przy chorych z drugiej strony. I tak dziś nas już nie dziwi, że błonica w stosunku do rozpowszechnienia jej zarazka jest chorobą rzadką. Zdajemy także sobie sprawę, że dostateczna ilość przeciwjadu w ustroju nie zabezpiecza go jeszcze przed zachorowaniem. I co więcej, że mimo krążących wielkich ilości przeciwjadu, chorzy jednak zmierają. Dalej przekonaliśmy się, że nawet przy zupełnym braku przeciwjadu a równoczesnym bytowaniu w gardzieli zjadliwych i jadowitych zarazków do zachorowania na błonicę nie przychodzi. Stwierdzamy, że oblicze od 20 kilku lat panującej zarazy błonicy jest inne od tego, które błonica okazywała z końcem ubiegłego wieku. Jesteśmy świadkami, że obecnie na błonicę choruje więcej osób dorosłych niż dawniej. W związku zaś z często spotykanym ostatnio niepowodzeniem leczenia chorych na błonicę mimo stosowania olbrzymiej ilości J. O., odżył dawny spór co do tego, jak należy rozumieć sposób działania surowicy przeciwbłoniczej? Oto są najważniejsze zagadnienia, będące przedmiotem żywej wymiany zdań od lat kilkunastu.

Nimi także zajmuje się Autor. Jednymi więcej, innymi mniej. Za mało — zdaniem moim — poświęcił uwagi przeciwjadowi pochodzenia wewnątrzustrojowego. On jest przecież ośrodkiem rozumowania przy rozpatrywaniu sprawy odporności, on myślą przewodnią w przeprowadzaniu szczepień ochronnych, on podstawą leczenia surowicą przeciwbłoniczą, która ma wyręczać ustrój w wytwarzaniu przeciwjadu. Autor jest zwolennikiem obowiązującego w nauce poglądu, że surowica jest swoiście działającym środkiem.

Należę do tych, którzy są odmiennego zdania. W związku z tym piszę, co następuje: Ogół świata lekarskiego nie dostrzega i nie uświadamia sobie, jak bezpodstawnie i jak lekkomyślnie przystępując do stosowania surowicy przeciwbłoniczej, uznano surowicę normalną za obojętne dla ustroju v e h i c u l u m. Dopiero w r. 1903, a więc w 10 lat (!) po zapoczątkowaniu leczenia surowicą przeciwbłoniczą spostrzeżono się, jaka jest przyczyna choroby posurowiczej! Dopiero wtedy powstało pojęcie a n a p h y l a x i a! To też rozprawkę, w której się bliżej zajmuję tą sprawą (P. G. L. 1925, Nr 26) zakończyłem pytaniem, które ostatnio powtórzyłem (O kilku ostrych chorobach zakaźnych. Kraków 1947) z naciskiem, bo czcionkami rozstrzelonymi. Brzmi ono „J a k b y s i ę p r z e d s t a w i a ł a s p r a w a l e c z e n i a s w o i s t e g o, g d y b y w j e j z a p o c z ą t k o w a n i u m y ś l ą p r z e w o d n i ą k i e r o w a ł a n i e ó w c z e s n a w i a r a w o b o j ę t n o ś ć s u r o w i c y n o r m a l n e j, a l e g d y b y p o d s t a w ą j e j b y ł d z i s i e j s z y p e w n i k c o d o p o t ę g i u r a z u b i a ł k a o b c o g a t u n k o w e g o w p r o w a d z o n e g o d o u s t r o j u z o m i n i ę c i e m p r z e w o d u p o k a r m o w e g o?" Każdy, kto się zechce głębiej zastanowić nad tym, jak wygląda założenie leczenia swoistego, ten musi nabrać wątpliwości, czy w leczniczym skutku surowicy przeciwbłoniczej chodzi o działanie ciał odpornościowych? O tym również świadczą spostrzeżenia u łóżka chorego. Myślę o braku zależności pomyślnych wyników leczenia od ilości zastosowanych J. O. I Autor pisze o tym, tam także, gdzie mowa o małej skuteczności wysokowartościowych odbiałczonych surowic. Ale skwapliwie zaraz za innymi tłumaczy, dlaczego jest inaczej, niżby się spodziewać należało.

Od kilkunastu lat coraz częściej i śmielej odzywają się głosy, że działanie surowicy przeciwbłoniczej jest równocześnie i swoiste i nieswoiste. Dajmy na to, że tak jest. Więc pytam: Jak się w takim razie przedstawia sprawa dawkowania? Bo zasady postępowania obowiązujące w proteinoterapii bynajmniej się nie pokrywają ze wskazaniami przestrzeganymi w immunoterapii. Jeśli nie zawsze, to najczęściej muszą się kłócić ze sobą. Tak więc ów ugodowy pomysł stwarza u łóżka chorego położenie bez wyjścia. Ale za to jest doniosłym zjawiskiem w dziedzinie myśli. Stanowi bowiem odstępstwo od założenia leczenia swoistego. W r. 1940 H. S c h m i d t wydał podręcznik „Grundlagen der spezifischen Therapie". Końcowy rozdział w nim opatrzony jest nagłówkiem „Das Unspezifische der spezifischen Therapie". Szczególnego znaczenia nabiera rozdział o powyższym nagłówku dlatego, ponieważ jest zakończeniem książki nazwanej nie inaczej — tylko właśnie tak, jak wyżej podano.

Spośród zagadnień poruszanych przez Autora sprawozdawca uznał za stosowne poddać rozpa-

trzeniu leczenie surowicą przeciwbłoniczą. Omówił je szeroko z tego powodu, ponieważ ono skupia w sobie najważniejsze zagadnienia związane z błonicą. A poza tym dlatego, że ma pierwszorzędne znaczenie dla wykonawstwa lekarskiego. Nie jest bowiem rzeczą obojętną, czy ktoś uważa surowicę za środek bodźcowy i odmierza ją w cm^3, czy też oblicza jednostki odpornościowe swoistej odtrutki.

Powtarzam, co na wstępie powiedziałem: Autor za mało uwagi poświęcił sprawie przeciwjadu pochodzenia wewnątrzustrojowego. Ani jego brak nie rozstrzyga o zachorowaniu, ani jego obecność nie ochroni przed błonicą, ani nie zabezpiecza przed śmiercią z powodu niej. Pamiętając o tym, będziemy patrzyli inaczej na szczepienia ochronne i na leczenie tzw. swoiste. Autor przedmiot swój ujmuje szeroko, opierając się na bogatym piśmiennictwie. (Nie zawsze natomiast oddaje wiernie myśl przytoczonego źródła piśmienniczego). Poruszane zagadnienia przedstawia jednak wcale nie tak, by czytelnik był przygotowany na bardzo słuszną uwagę, którą znajduje na str. 156 „...przyznać należy, że dość powszechnie przyjęte zapatrywania na wzajemny stosunek ekologiczny maczugowców błonicy i ustroju ludzkiego, po prostu na wypadkową wzajemnego oddziaływania toksyny i antytoksyny, naprawdę grzeszą symplistyką". Zresztą znaczenie tych słów zaraz osłabia tym, co pisze na następnej stronie. A więc, mimo wszelkie rozbieżności między obowiązującymi pojęciami a biegiem rzeczy, o których mowa w książce, Autor jest zdania, że dotychczasowy sposób ujmowania spraw związanych z błonicą jest słuszny.

Jeszcze mała uwaga i skończę rozpatrywanie pierwszych XVIII rozdziałów. Autor niesłusznie nazywa porażenia jako też zaburzenia czynności układu krwionośnego powikłaniami. To przecież nie powikłania, to objawy błonicy i to bardzo znamienne dla niej. Niewłaściwie także pragnie widzieć w stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej leczenie objawowe, a nie przyczynowe. Jad błoniczy nie jest jakąś pochodną ustroju chorego, nie jest więc objawem błonicy. Jest natomiast przyczyną objawów chorobowych, tym samym odtrutka nań, którą jest surowica przeciwbłonicza, to środek przyczynowo działający.

Treść pozostałych pięciu rozdziałów przedstawia się zupełnie inaczej. W s z e l a k i mówi o sobie jako o pierwszym, który zastosował penicylinę w leczeniu dotkniętych błonicą. Przesłanki rozumowe, które go skłoniły do tego kroku zyskały pełne potwierdzenie u łóżka chorego. Autor leczył 48 chorych na błonicę wyłącznie penicyliną a u 27 stosował leczenie skojarzone, tzn. obok surowicy wstrzykiwał penicylinę Na podstawie swoich spostrzeżeń upewnił się, że penicylina działa szybciej i sprawniej od surowicy swoistej na zmiany ogniskowe, a oprócz tego penicylina zdaje się mieć własności odtruwające. Ostatecznie dochodzi do następujących wniosków: W świeżych przypadkach błonicy leczenie penicyliną może skutecznie zastąpić surowicę swoistą. W przypadkach dławca niezastosowanie penicyliny należy uznać za błąd sztuki lekarskiej. Penicylina bowiem, jak wspomniano, o wiele wcześniej i dzielniej od surowicy wpływa na cofanie się objawów ogniskowych. W przypadkach ciężkiej błonicy leczonej surowicą swoistą z małym skutkiem po wstrzyknięciu penicyliny stwierdza się bardzo korzystny zwrot w stanie chorego. Prócz tego penicylinę należy stosować w powikłaniach spowodowanych innymi drobnoustrojami. Dalej w przypadkach, w których istnieje przeciwwskazanie do stosowania surowicy. Dobowa dawka u dorosłych wynosi 100.000 jedn., u dzieci do 50.000 jedn. Ilość tę wstrzykuje się domięśniowo w odstępach 3-godzinnych. Zazwyczaj pięciodniowe stosowanie penicyliny wystarcza do wyleczenia. Kończąc, Autor wyraża przypuszczenie, że o ile spostrzeżenia zyskają potwierdzenie na większej liczbie chorych, penicylina zastąpi w leczeniu chorych na błonicę surowicę swoistą. Nie mam własnego doświadczenia w leczeniu błoniczych penicyliną, dlatego w tej sprawie nie zabieram głosu. Wszystko, co w ostatnich pięciu rozdziałach czytamy jest dorobkiem Autora.

Prof. Dr Józef Kostrzewski

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

CZASOPISMA KRAJOWE:

ZDROWIE PUBLICZNE. Nr 1—2, 1948. Z. Gorecki: Walka z gruźlicą.— G. Bermanowa: Opieka lekarsko-dentystyczna. — J. Pągowska-Wawczyńska: Zwalczanie chorób reumatycznych. — J. Suchanek: Zadania akcji przeciwwenerycznej w Polsce. — Z. Grynberg: Realizacja jednolitych płac pracowników w Służbie Zdrowia. — M. Mittelstaedt: Jednolite płace pracowników Służby Zdrowia. — H. Greniewski: Gospodarka a zdrowotność. — T. J. Stępniewski: Planowe rozsiedlenie lekarzy. — St. Tobiasz: Rozmieszczenie personelu Służby Zdrowia w terenie. — R. Gosiewski: W sprawie ośrodków zdrowia. — E. Grzegorzewski: Światowa Organizacja Zdrowia.

ZDROWIE PUBLICZNE. Nr 3—4, 1948. J. Sztachelski: Zagadnienia podstaw ustrojowych Służby Zdrowia. — B. Kożusznik: Zdrowie w polityce i gospodarce narodowej. — J Babecki: Struktura organizacyjna społecznej Służby Zdrowia. — D. Jastrzębski: Zwalczanie raka. — M. Skokowska-Rudolf: Ochrona zdrowia matki i dziecka. — St. Tobiasz: Zdrowie matki i dziecka w świetle danych statystycznych. — S. Kochańska: Sprawa zaopatrzenia w mleko w Polsce. — A. Szczygieł: Badania lekarskie i ankietowe nad stanem odżywienia dzieci szkół powszechnych. — J. Dobrzyński: Uzdrowiska w służbie lecznictwa zapobiegawczego. — J. Babecki: Leczenie pracą i rehabilitacja chorych i inwalidów. — M. Mittelstaedt: Jeszcze o jednolitych płacach w Służbie Zdrowia. — N. Łyżwańska: Rola zawodu pielęgniarskiego w dobie obecnej. — W. Minkowski: Współczesne poglądy na epidemiologię gruźlicy. — Z. Buczowski: Szczepienia B. C. G. w świetle posiadanych materiałów. — S. Saski: Szczepionka B. C. G. i szczepienie przeciwgruźlicze w Danii.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI. Nr 16, 1948. K. Hartleb: Wielka trójca lekarzy polskiego Odrodzenia. — M. Rozwadowska-Dowżenko: Nowoczesne poglądy na patogenezę nadciśnienia tętniczego samorodnego. — A. Knapczyk: Badania nad wpływem czynnika rujopędnego na przeszczepialnego raka macicy szczura (dok.). — Z. Majewska: Napady drgawkowe w przebiegu ciąży, porodu i połogu (dok.). — J. Latkowska-Starkiewiczowa: Przyczynek do etiologii wylewów śródczaszkowych u noworodków (dok.) — Z. Michalski: Uwagi do artykułu dra Stopczyka w sprawie leczenia gruźlicy płuc przetworami miedzi. — H. E. Griffiths: Rehabilitacja gruźlików (przywrócenie do pracy produkcyjnej) w Anglii.

MEDYCYNA WETERYNARYJNA. Nr 4, 1948. K. Szczudłowski: Zapobieganie ronieniu bydła. — A. Zakrzewski: O eozynofilii tkankowej węzłów chłonnych u gruźliczych świń (c. d.). — B. Gięd0sz: O witaminie E. (Czy jest ona tzw. synprolanem?). — J. Parnas i Z. Kawecki: Z kazuistyki W. Z. H. W. — L. Jaśkowski: Doświadczenia nad leczeniem świerzbu owiec przy pomocy dwutlenku siarki.— A. Ratomski: Statystyka chorób młodzieży w W. Z. H. W. w Krakowie. — A. Senze: Wartość penicyliny w praktyce lek. weterynaryjnej. — A .Sołtys: Sulfonamidy i penicylina w leczeniu chorób zakaźnych. — Z. Rogiński: Przyczynek do stosowania chinotropiny „Drwalew" w praktyce lek. wet. — M. Tymniak: Przypadek gruźlicy jądra u buhaja. — M. Sięka: Przypadek mięsaka różnopostaciowo-komórkowego. — S. Bronisławski: Leczenie schorzeń przewodu oddechowego zastrzykami dotchawicowymi. — F. Dave: Lactoterapia w różycy świń. — A. Czarnowski: Przypadek urazowego złamania kości podudzia u konia. — I. Mann i E. Mann: Rozmieszczenie wągrów (cysticercus bovis) u bydła rzeźn. w Afryce. — W. Bielański, J. Szaflarski i J. Wiśniowski: Badanie serologiczne nasienia buhajów na zakażenie pał. ronienia zakaźnego.

CZASOPISMA ZAGRANICZNE:

HAROLD COOKSON

Thiouracyl w toksycznym wolu

B. M. J. 1947, str. 759—762.

W przeglądzie doświadczeń 4-letnich nad stosowaniem thiouracylu i jego pochodnych, jako środków usuwających nadczynność tarczycy, autor daje odpowiedź na szereg zasadniczych pytań odnośnie postępowania z wyżej wymienionym lekiem. Opierając się na wypowiedziach licznych uczonych z dwóch lat ostatnich, autor przytacza następujące dane, dotyczące poprawy stanu pod wpływem leczenia thiouracylem. Na 45 przypadków poprawa wystąpiła u 8, thiouracyl u tych chorych podawano przez 10 i pół miesiąca, okres poprawy potem trwał 3 do 10 miesięcy. Inna obserwacja dotyczy 65 osób leczonych, z których u 25 zauważono poprawę, tylko u 2 osób stan się nie pogorszył po remisji trwającej około 18 miesięcy. Inne doniesienie mówi o 16 chorych leczonych skutecznie na ogólną liczbę 50, ulga trwała 5 do 17 miesięcy. W serii 65 chorych, stan 2 chorych się nie pogorszył, po odstawieniu thiouracylu od przeszło roku. W statystyce z roku 1947, omawiającej 111 chorych leczonych thiouracylem, u których lek ten odstawiono, znajdują się następujące uwagi. U 51 poprawa trwała 3 do 31 mies., u 44 powyżej roku, u 33 powyżej 18 miesięcy. Z wszystkich chorych, którzy czuli się dobrze przez przeszło rok, choroba powróciła u jednego.

Na pytanie, jak długo stosować thiouracyl odpowiedzi są następujące: jeżeli przedłuża się na okres roku lub powyżej roku, wydaje się, iż nawroty choroby przychodzą rzadziej, niż gdy leczenie stosowane jest krócej. Inne zdanie przeczy pierwszemu. Przeciętny okres poprawy trwa dłużej po leczeniu krótszym od 6 mies., aniżeli po leczeniu powyżej 6 mies. 111 chorych, o których wspomniano poprzednio, dostawało thiouracyl ogólnie około 10 mies. i nie zauważono bliskiego stosunku pomiędzy długotrwałością leczenia, a długotrwałością remisji. Toksyczne objawy występowały w około 15% na 6 tys. przypadków. Dotyczą leukopenii, która uważana jest jako nieprawidłowa poniżej 4 tys. ciałek białych. Gorączka polekowa w 2,7%, w innym zestawieniu dochodzi do 5%. Agranulocytoza przewyższała 2%. Śmiertelność około 0,5%. Nierzadkie są pewne uszkodzenia skórne, niezależnie od pokrzywki, przeważnie nie wymagają trwałego odstawienia leku. Powyżej wymienione są najważniejsze odczyny toksyczne, są jeszcze inne o znacznie mniejszym znaczeniu, jak np. obrzęk twarzy, powiek, stóp, bóle gardła, szyi, głowy, biegunka. Thiouracyl i metylthiouracyl są najlepiej znoszone. Propylthiouracyl, ergothioneina są jeszcze w badaniu.

Biorąc pod uwagę skuteczność leczenia thiouracylem, należy podnieść jego wartość przy wstrzymywaniu migotań przedsionków i przywracaniu normalnej akcji serca, czego nie można było dawniej osiągnąć leczeniem jodowym ani naświetlaniem promieniami Rtg. W ciąży wykazana została oporność na thiouracyl, natomiast struma rozwinąć się może pod jego wpływem u płodu (Davis i Forbes, 1945). U innych leczonych spostrzeżenia te nie znalazły potwierdzenia i thiouracyl stosowano ze skutkiem bez szkody dla płodu. Jeżeli wól jest bardzo duży, albo występują objawy uciskowe na tchawicę, uważa się za wskazane leczenie operacyjne, a nie thiouracylowe. U dzieci thiouracyl jest bardzo odpowiednim środkiem leczenia, zważywszy, że przy operacji trudno byłoby ustalić, jak dużo należy gruczołu usunąć, aby zapewnić potrzeby rosnącego ustroju i przeszkodzić nadczynności tarczycy.

Początkowa dawka używana w pierwszym roku lub dwóch, w okresie prób, była 0,6 g do 1 g dziennie. Stopniowo ulegała ona zmianie i obecnie prawie zawsze przyjęło się za wskazane używać 0,1, trzy razy dziennie, a nigdy nie przekraczać 0,1 cztery razy dziennie. Jeżeli nadczynność tarczycy została opanowana, dawką podtrzymującą jest od 0,059 g, przeważnie 0,1 jeden raz dziennie. Nie można określić czasu trwania leczenia, przeciętnie jeden do dwóch lat, a nawet dłużej. We wczesnych stadiach leczenia może przyjść do przejściowego powiększenia się wola, ale zmniejszenie dawki thiouracylu usuwa ten niepokojący obraz. Należy w takich wypadkach wypróbować dawkę, przy której objawy chorobowe będą ustępować, a wól nie będzie się powiększać.

W oparciu o powyższe wypowiedzi, autor zapoznaje nas z własnymi wynikami. Na 95 przypadków toksycznego wola, tylko 6 było opornych na leczenie thiouracylem. Opanowanie choroby było utrzymywane tak długo, jak lek był podawany. Później u 40 były remisje, tzn. że wcześniej lub później można zatrzymać leczenie bez pojawienia się objawów chorobowych. Okres taki trwał

dwa lub więcej mies. Chwila odpowiednia do odstawienia leku zależy od reakcji ustroju na leczenie. Jeżeli dawka może być stopniowo zmniejszana do np. 0,05 g dziennie, waga nie waha się, tętno pozostaje wolne, można zakończyć leczenie. Nawroty choroby zanotowano u 15 chorych z 40 z remisjami, zostały natychmiast poddane znowu thiouracylowi. Dalsze remisje są spodziewane u takich chorych. Najdłuższe remisje trwały nieco powyżej 2 lat. Mówiąc o objawach toksycznych w następstwie thiouracylu, autor podkreśla, że przy dzisiejszym doświadczeniu można uniknąć największej groźby, jaką jest możliwość agranulocytozy.

F. Wysocka

L. de GENNES, H. BRICAIRE, GERBAUX, MATHIEU de FOSSEY

Nadciśnienie suche w przebiegu choroby Addisona leczonej octanem desoksykortikosteronu

(Pr. méd. 1947, 48, 259—260).

Nadciśnienie tętnicze w przebiegu chor. Addisona, leczonej octanem desoksykortikosteronu, nie jest wyjątkowe. Przeważnie jednak nadciśnienie takie bywa połączone z zatrzymaniem wody, wzrostem wagi ciała wobec tego oraz często — obrzękami. Prócz tych przypadków istnieją inne, coprawda dość rzadkie, kiedy w przebiegu leczenia szczepionkami desoksykortikosteronu występuje nadciśnienie suche bez wzrostu wagi ciała i bez zatrzymywania wody w ustroju i to szczególnie u ludzi o dyskretnych przeważnie zaburzeniach ze strony narządu krążenia i nerek.

Mechanizm tych zjawisk ma być zbliżony do spotykanego w nadciśnieniu samoistnym złośliwym. Przerost i nadmierne wydzielanie kory nadnerczy zależą od wzruszeń, zimna, zmęczenia, pewnych zatruć. Może nadmierne wydzielanie, powodujące objawy identyczne z tymi, które uzyskujemy przy przedawkowaniu terapeutycznym, tłumaczy pozornie samoistne nadciśnienie.

Wnioskiem praktycznym z powyższych rozważań jest konieczność dokładnego sprawdzenia stanu nerek zanim stosuje się octan desoksykortikosteronu, zwłaszcza w postaci krystalicznej; w razie niewydolności nerek wolno stosować tylko rozczyny oleiste podskórnie.

Poza tym wykazany na zwierzętach wpływ nefrosklerotyczny soli nakazuje ostrożność w jej stosowaniu w chor. Addisona i raczej podawanie chlorku amonu oraz metyltestosteronu, który ma wpływ renotropowy, zapobiegający, a może i leczniczy, na uszkodzenie nefrosklerotyczne, spowodowane przez desoksykortikosteron.

J. Chlebowski

E. LEIGH i A. R. HAZELTON

Sześć przypadków zaburzeń sercowonaczyniowych z obwodowym zapaleniem nerwów

(Br. M. J. 1947, II, 4527, 573—574).

Autorzy opisują 6 przypadków, obserwowanych wśród jeńców obozu w Sjamie. Wszystkie dotyczyły młodych mężczyzn ze skargami na duszność przy chodzeniu, kołatanie serca i czasem bóle w okolicy serca. W wywiadzie była malaria, biegunki, charłactwo z niedożywienia, ale brak schorzeń, usposabiających do chorób serca. Przy badaniu stwierdzono częstoskurcz, nadmierne przyśpieszenie tętna przy wstawaniu z pozycji leżącej, nieczystość I tonu na koniuszku, głośny ton („rewolwerowy") na tętn. udowej i brak rozszerzenia serca czy obrzęków lub anemii; próby czynnościowe serca wypadały na ogół prawidłowo. Z objawów nerwowych stwierdzono obniżenie czucia obwodowego, osłabienie odruchów i lekki objaw Romberga.

Po zastosowaniu domięśniowo 17.000 jednostek thiaminy w ciągu 13 dni u każdego z tych chorych nastąpiła wybitna poprawa prawie wszystkich opisanych objawów w zakresie narządu krążenia, a również reakcji na pilokarpinę i atropinę. Poprawa zaczynała się już po 3. wstrzykiwaniu.

J. Chlebowski

(Porówn. z artykułem prof. M. Semerau-Siemianowskiego w Pol. Tyg. Lek. z 1947 r.).

P. L. VIOLLE

Dna i leczenie przeciwalergiczne

Pr. méd., 1947, 75, 882.

Brak dowodów alergicznej natury dny, ale napad ostrej dny ma wszelkie cechy zjawiska anafilaktycznego. Uważamy obecnie że reakcja pomiędzy anafilaktogenem a przeciwciałem wyzwala pewne substancje, a między nimi histaminę, stąd korzystny wpływ syntetycznych środków przeciwhistaminowych w zespołach hiperergicznych. Uczulenie dnawe prawdopodobnie jest wynikiem wpływu różnych antygenów. Pośrednie ogniwo pomiędzy przyczyną a skutkiem jest nie zawsze jednakowe u różnych osób, a nawet w różnych okresach u tej samej osoby, choć odczyn pozostaje bez zmiany — napad dny.

W tych wypadkach, gdy pośrednim ogniwem jest histamina udaje się zapobiec napadowi dny, stosując środki przeciwhistaminowe w okresie zwiastunów napadu, które to zwiastuny zna każdy chory z doświadczenia. Autor przekonał się, że można ustalić, czy w ustroju istnieje nadmiar wyzwolonej histaminy za pomocą „wskaźnika histaminowego", który jest dodatni, jeśli po przeprowadzeniu paznokciem rysy na przedramieniu badanego powstaje wyraźnie występująca linia czerwona. Dla kontroli można doskórnie wstrzyknąć jedną kroplę 1:10.000 histaminy („odczyn Lewisa"), co u wrażliwych (a więc chorych) osób powoduje wyraźny odczyn. Jeśli „wskaźnik histaminowy" pozostaje ujemny, środki przeciwhistaminowe nie pomogą, należy zastosować inne środki odczulające, najlepiej — dożylnie hiposulfity.

J. Chlebowski

A. VORAY i J. STERBOUL

Dializa otrzewnowa

(Pr. méd., 1947, 50, 567—568).

W przejściowych schorzeniach nerek wystarczyłoby czasem uniknąć śmierci przez zatrucie mocznicowe, aby następnie umożliwić choremu wyzdrowienie. Z potem i przez przewód pokarmowy wydalają się niewielkie ilości mocznika — stąd poszukiwania drogi dla dializy. Najlepsze wyniki w doświadczeniach na psach uzyskano drogą dializy otrzewnowej. Używa się do tego nieznacznie zmienionego płynu Tyrode'a z dodatkiem glukozy (gdyż tą drogą ustrój może otrzymać 200—300 g glukozy dziennie) oraz dodatkiem 2.500—5.000 jedn. penicyliny;

0,06—0,12 soli sodowej sulfadiazyny na litr płynu, którym się przepłukuje otrzewną. Można też dla uniknięcia zakażenia dodać do płynu tego ewentualnie streptomycyny lub w wypadku, jeśli się w popłóczynach znajdzie leukocyty czy zarazki — poddać go naświetlaniu. W ten sposób można stosować płukanie otrzewnej w ciągu 10—15 dni (jeśli nie wystąpią powikłania), przepuszczając dziennie 20—40 litrów płynu. Na psach uzyskano wyniki bardzo dobre: np. psy pozbawione nerek zamiast 3—5 dni żyły w ten sposób powyżej 15 dni i ginęły nie z powodu mocznicy, tylko z powodu zakażeń.

W piśmiennictwie istnieją już doniesienia o pomyślnych wynikach podobnego leczenia ludzi. Ważne jest stosowanie do płukania rozczynów różnych soli, aby uniknąć zubożenia ustroju w nie. Dla zapobiegania ewentualności powstawania obrzęków przez wprowadzenie dużych ilości płynu, należy dodać do płynu 5% żelatyny, lub 2,3% glukozy, aby płyn stał się hipertoniczny. W każdym poszczególnym wypadku należy skład płynu dostosować do stanu chorego. Po odpowiednich zmianach dla uniknięcia zakażeń sposobowi temu można rokować widoki na rozwój.

J. Frydman

P. A. BASTENIE i R. F. TAGNON

Wole z wytrzeszczem bez nadtarczyczności

(Pr méd., 1947, 57, 657—658).

Na szeregu przykładów autorzy dowodzą, że wytrzeszcz może rozwinąć się już po ustąpieniu nadtarczyczności, wole zaś z wytrzeszczem może mieć miejsce nawet przy normalnej czy obniżonej czynności tarczycy.

Pobudzenie n. współczulnego tłumaczy jedynie cofnięcie górnej powieki, które ustępuje przy stosowaniu środków, hamujących czynność tarczycy. Pomiary jednak, dokonane za pomocą exoftalmometru wykazują w tych przypadkach zwiększenie wytrzeszczu. Możliwe, że wytrzeszcz w tych przypadkach zależy od szczególnych zaburzeń przemiany tłuszczowej, których skutkiem jest gromadzenie się tłuszczu w oczodole, jak to wykazał Rundle i współpracownicy. Nagłe obniżenie czynności tarczycy powoduje tyreotropową reakcję przysadki, a to znowu ma za skutek zatrzymanie wody w tłuszczu oraz mięśniach oczodołu. Ta hydrofilia tkanki tłuszczowej może wytłumaczyć zjawienie się ciężkiego wytrzeszczu „wilgotnego" przy cofaniu się tyreotoksykozy. Taki wytrzeszcz pochodzenia przysadkowego odpowiednio leczony (przez podawanie thyreoidyny) ustępuje szybko, pozostaje jednak „suchy" wytrzeszcz, który ustępuje dopiero wraz z cofnięciem się zaburzeń przemiany podstawowej i nadtarczyczności. Przy długotrwałym wytrzeszczu „wilgotnym" może nastąpić organizacja tkanki i zmiany stają się nieodwracalne.

J. Chlebowski

J. RACHET, A. BUSSON i F. VERLIAC

Wartość badań koprologicznych niewydolności żołądka. Badanie po gastrektomii

(Arch. des mal. de l'appareil digestif et des mal. de la nutrition, 1947, 36, 1—2, 67—70).

Operowani rzadko cierpią na zaburzenia trawienia. W celu wyświetlenia tej sprawy autorzy zbadali 20 osób, którym wykonano gastrektomię; każde badanie wykonano dwukrotnie: przed zabiegiem oraz mniej więcej w 1 miesiąc po nim. Autorzy powołują się jednak tylko na 12 przypadków, które udało się wszystkie przebadać dokładnie i to jednakową techniką.

Wyniki tych badań dają się streścić, jak następuje: 1) kaszka barytowa przebywała w żołądku średnio około 1 godziny; 2) wolny kwas solny znikał z soku żołądkowego (mimo próby histaminowej); jedynym wyjątkiem był przypadek, operowany z powodu raka żołądka (inne — z powodu wrzodu żołądka); 3) przejście pokarmu przez cały przewód pokarmowy trwało średnio 20 godz. (nie mniej niż 17 g.); 4) brak jakichkolwiek koprologicznych objawów niewydolności żołądka, tj. brak w kale tkanki łącznej przy spożyciu surowego mięsa, kryształków szczawianu wapnia w komórkach jarzyn lub makroskopowych resztek pokarmowych; 5) brak koprologicznych objawów niewydolności lub zaburzeń trawienia żółciowego, trzustkowego czy jelitowego — poziom kw. organicznych i amoniaku pozostawał bez zmian przed i po zabiegu.

Wydaje się więc, że po wykluczeniu działania soku żołądkowego funkcje jego obejmują soki jelitowe. Dlatego też przy zastosowaniu tym operowanym środka przeczyszczającego w ½—1 godz. po spożyciu pokarmu, aby przyśpieszyć jego przejście przez jelita, w kale zjawiała się tkanka łączna.

J. Frydman

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

RUCH W TOW. LEK. — ZJAZDY:

KOMUNIKAT ZARZĄDU TOW. CHIRURGÓW POLSKICH

W dniach 5—7 kwietnia br. odbył się w Krakowie XXXII Zjazd Chirurgów Polskich, na którym wygłoszone zostały dwa referaty programowe: „O leczeniu ran" i „Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc" oraz kilkadziesiąt referatów na tematy ogólne. Walne Zgromadzenie wybrało władze Towarzystwa w następującym składzie: Zarząd: Prezes — Prof. T. Butkiewicz, wiceprezes — Prof. W. Bross. Członkowie Zarządu: Prof. J. Glatzel, Prof. J. Nowakowski, Prof. F. Skubiszewski, Prof. J. Rutkowski, doc. L. Manteuffel, Dr S. Rechniowski. Zastępcy: Prof. A. Domaszewicz, Dr J. Garbień, Dr T. Jankowski, Dr M. Trawiński, Dr S. Wesołowski. Redaktor Naczelny: Prof. K. Michejda. Skarbnik: Dr J. Kossakowski, Sekretarz: Dr W. Kamiński. Komisja Rewizyjna: Dr B. Bętkowski, Doc. K. Kaczyński, Prof. J. Mossakowski. Zastępcy: Dr Jurewicz, Dr K. Węglewicz. Sąd koleżeński: generał Dr W. Horodyński, Dr K. Kessel, Prof. J. Zaorski. Zastępcy: Doc. J. Choróbski, Dr K. Lilpop. Na mocy uchwał Walnego Zgromadzenia w dniu 7 kwietnia i Nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia w dniu 21 maja br. następny Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich z wygłoszeniem tematów programowych i Walnym Zgromadzeniem wyznaczony został na kwiecień r. 1950 w Warszawie, w kwietniu zaś r. 1949 odbyć się ma, również w Warszawie, zjazd wyłącznie naukowy, poświęcony zasadniczo tematom zgłoszonym, z możliwością opracowania i tematów programowych. Tematy programowe na rok 1950 i ewentualne tematy programowe na r. 1949 będą podane dodatkowo.

W dniach 22, 23 i 24 maja br. odbył się w Warszawie kurs eugeniki i poradnictwa przedślubnego pod protektoratem Ministra Zdrowia w gmachu Ministerstwa Zdrowia. Program III Kursu poradnictwa przedślubnego dla lekarzy: 22 maja. Przemówienie wstępne Pana Ministra. — Dr Wernic: „Eugenika, jej podstawy i podział". — Dr Wernic: „Eugenika zapobiegawcza i poradnictwo przedślubne". — 23 maja: Dr Wiktor Borkowski: „Choroby płciowe, a małżeństwo". — Dr Suchanek: „Choroby skóry a małżeństwo". — Dr Tadeusz Stępniewski: „Choroby weneryczne a małżeństwo". — Dr Dobrowolski: „Gruźlica a małżeństwo". — Prof. Łukaszczyk: „Nowotwory i ich dziedziczność a małżeństwo". — Prof. Dobrzański: „Choroby słuchu a małżeństwo". — Dr Ludwik Rostkowski: „Choroby oczu a małżeństwo". — 24 maja: Dr St. Adamowicz: „Ryzyko macierzyństwa a małżeństwo". — Prof. Kacprzak: „Maltuzjanizm i neomaltuzjanizm". — Dyr. Dr Grzywo - Dąbrowski: „Choroby psychiczne a małżeństwo". — Dyr. Dr Zajączkowski: „Narkomania a małżeństwo". — Dr Korzeniowski: „Alkoholizm a małżeństwo".

W dniach 2—5 czerwca 1948 r. odbył się w Sali Odczytowej Instytutu Naukowo-Badawczego Przemysłu Węglowego w Katowicach kurs naukowy lekarzy przemysłu węglowego. Celem kursu było uzupełnienie wiadomości fachowych lekarzy przemysłu węglowego i zacieśnienie łączności medycyny pracy z techniką i administracją na pograniczu ochrony pracy. By lekarzy nie odrywać od pracy zawodowej przez cały dzień, kurs odbywał się w godzinach popołudniowych. Program Kursu. Dnia 2 czerwca 1948 r. I. Otwarcie Kursu: Przemówienie Generalnego Dyrektora C. Z. P. W., Przewodniczącego Rady Naukowej Instytutu Naukowo-Badawczego P. W. oraz Przedstawicieli Władz. — II. Część ogólna i dyskusyjna. Dr Jan Hozer:: Zagadnienia organizacyjne zapobiegawczej służby zdrowia w przemyśle węglowym — z dyskusją. — Dr Edward Reiss: Lekarze zakładowi P. W. i lekarze zjednoczeń P. W. w codziennej pracy z dyskusją. — Dnia 3 czerwca 1948 r. Prof. inż. Rzęcki: Współpraca lekarza przemysłowego i inżyniera bezpieczeństwa pracy jako podstawowe wymagania ochrony pracy. — Higiena pracy i choroby zawodowe. Prof. Dr Brunon Nowakowski: Profil szkodliwości zawodowych górnika. — Dr Stanisław Niebrój: Zatrucie w górnictwie tlenkiem węgla, uduszenia dwutlenkiem węgla. Zatrucia siarkowodorem, tlenkami azotu, czteroetylkiem ołowiu. Oczopląs. Rak smołowy. Glistnica górnicza. — Dnia 4 czerwca 1948 r. Dr Józef Bogusz i Dr Maksymilian Jonas: Zmiany narządu ruchu wskutek pracy przy użyciu wiertarek i narzędzi udarowych. — Dr Witold Zahorski: Krzemica i krzemogruźlica płuc. — IV. Wypadki przy pracy i ratownictwo. Inż. Stanisław Bladowski: Podstawy fizykalne przy porażeniach prądem elektrycznym. — Dr Stanisław Niebrój: Klinika porażeń prądem elektrycznym. — Inż. Cehak: Zasady ratownictwa z demonstracjami stosowanego sprzętu ratowniczego. — Dr Zenegg: Ratownictwo w wypadkach wstrząsu (transfuzja plazmy i krwi z demonstracjami). — Dnia 5 czerwca 1948 r. Inż. Julian Urban: Pożary i wybuchy na kopalniach. — V. Pogranicze techniki i medycyny pracy, psychologia pracy, opieka społeczna w przemyśle węglowym. Dyr. Marian Klott: Pogranicze bezpieczeństwa i higieny pracy w przemyśle węglowym oraz przegląd przepisów bezpieczeństwa pracy na kopalniach. — Dr Henryk Krupiński: Opieka nad matką i dzieckiem (poradnie, żłóbki, prewentoria). — Mgr Jan Okoń: Metody testowe psychologii przemysłowej w zastosowaniu do górnictwa. — Dyskusja ogólna. — Zakończenie Kursu — Wspólny posiłek.

Dnia 2 czerwca odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krak. Tow. Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1. Doc. Dr A. Sokołowski: Przedstawienie i omówienie przypadków gośćca stawowego z uwzględnieniem zaburzeń dokrewnych. — II. Prof. Dr J. Kowalczykowa i Lek. E. Kieć: Przypadek przewlekłej niewydolności prawego serca na tle zmian torbielowatych w płucach. — III. Lek. B. Urbański: Pokaz i omówienie przypadku niedokrwistości achrystycznej.

Dnia 9 czerwca odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krak. Tow. Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: I. Lek. Waniewski: Pokaz przypadku promienicy mózgu i czaszki. — II. Lek. Bromowicz: O rozpoznawaniu i leczeniu krwiaka podtwardówkowego (odczyt).

Dnia 16 czerwca odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krak. Tow. Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: I. Lek. Bromowicz: Pokaz przypadku po operacyjnym usunięciu obu płatów czołowych. — II. Doc. Dr Mikułowski: O triumfach i porażkach medycyny (odczyt).

W dniu 4 czerwca 1948 w biurze Okręgu P. C. K. w Krakowie odbyła się konferencja prasowa. Celem konferencji było omówienie sprawy Tygodnia P. C. K., który się odbędzie w dniach od 16—22 czerwca br., a w szczególności przeprowadzenia w Tygodniu kampanii prasowej w kierunku podniesienia kultury życia codziennego i zapobiegania chorobom.

XII Zjazd Dermatologów odbędzie się w Warszawie w dniach 27, 28 i 29 czerwca 1948 r. poświęcony zagadnieniom nietypowej gruźlicy skóry. Koledzy pragnący wziąć udział w Zjeździe proszeni są o pisemne zgłoszenie swego udziału do dnia 15 czerwca br. do Sekretariatu Zjazdu — Warszawa, ul. Koszykowa 82 a, Klinika Dermatologiczna.

Ministerstwo Zdrowia podaje do wiadomości, że w czasie od 1—14 lipca br. organizuje w Krakowie kurs przeszkolenia położniczego dla lekarzy. Kurs prowadzony będzie przez Klinikę Położniczo-Ginekologiczną w Krakowie. Kurs obejmie 36 godzin wykładów, 24 godz. ćwiczeń praktycznych i 12 godz. obchodów lekarskich i demonstracji. Liczba uczestników przewidziana jest na 30 osób. Pierwszeństwo w przyjęciu mają lekarze ośrodków zdrowia, izb porodowych poradni dla kobiet, kandydaci do takich instytucji, poleceni przez lekarzy powiatowych i wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich. Wydziały Zdrowia są proszone o zawiadomienie o powyższym lekarzy ośrodków i pracujących w instytucjach opieki nad matką. Podania na kurs należy zgłaszać przynajmniej na dwa tygodnie przed rozpoczęciem kursu, pod adresem kierownika kursu Dyrektora Kliniki Położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego Doc. Dr Stępowskiego Bronisława, Kra-

ków, Kopernika 23. Do zgłoszenia powinny być dołączone: 1. podanie kandydata, 2. życiorys, 3. oświadczenie, czy kandydat reflektuje na mieszkanie i utrzymanie.

RÓŻNE:

Sprawozdanie sekcji szpitalnej „Caritas" w Krakowie za rok 1947. Dzięki poparciu Władz Wojewódzkich i Zarządu Związku „Caritas" Archidiecezji Krakowskiej Sekcja Szpitalna mogła w roku ubiegłym rozszerzyć swoją działalność. Objęła ona nie tylko wszystkie obiekty Szpitala św. Łazarza i prawie wszystkie kliniki, ale także i Szpital Wojskowy w Krakowie przy ul. Wrocławskiej. W Sekcji pracowało bezinteresownie 28 pań. Praca, jak dotychczas, polegała na udzielaniu pomocy materialnej i kontakcie duchowym z chorymi. W Szpitalu św. Łazarza i w klinikach uniwersyteckich największą rolę prawie przez cały rok odgrywało dożywianie chorych, dla których z powodu wyniszczenia wojną wikt szpitalny był niedostateczny. Sekcja miała wedle swych obliczeń 9.612 osób w swej opiece. Udzielono też zapomóg w naturze w kwocie 281.795 zł. W dożywianiu przychodziło Sekcji stale z wydatną pomocą Krakowskie Seminarium Duchowne. Akcja dożywiania obecnie maleje, gdyż Dyrekcja Szpitala przykłada wielką wagę do jedzenia, wydawanego z kuchni szpitalnej. Wzrasta natomiast zapotrzebowanie lekarstw. Udzieliło się ich za zł 13.759,40. Sekcja unikała rozdawania zapomóg, gdyż nie zawsze jest w możności sprawdzić ich faktycznej potrzeby. Koniecznych jednak wsparć udzieliła Sekcja w kwocie 8.499 zł. Sekcja pokrywa natomiast koszty drogi powrotnej chorych, którzy muszą się usunąć ze szpitala, a są najczęściej bez grosza. Poważną rubrykę wydatków stanowi garderoba dla chorych. Sekcja częściowo ją wyżebrze lub kupuje i szyje, co najpotrzebniejsze. Potrzeby chorych są najróżnorodniejsze. Sekcja stara się wejść w położenie każdego chorego i przyjść mu z pomocą na podstawie relacyj pań oddziałowych naszej Sekcji. W dziale tym Sekcja wydała 53.059 zł. Pracę Sekcji uchwalają lekarze, którzy są stale z Sekcją w kontakcie, czym dają dowód swego uspołecznienia i dobroci. Wielką troską Sekcji jest los chorych, opuszczających szpital. W roku ubiegłym, dzięki „Caritasowi" jeden chłopiec z oddziału wewnętrznego, zasługujący na poparcie, został przyjęty na kolonię, a od jesieni przebywa w „Domu Dziecka Caritasu". Jak poważne zadanie miała do spełnienia Sekcja Szpitalna w roku ubiegłym, świadczy najlepiej sprawozdanie kasowe, które wykazuje wydatki w kwocie 381.795,75 zł. W to wchodzą wydatki administracyjne w kwocie 19.799.35 zł. Dochodów Sekcja miała 438.738.80 zł. Poważną pozycję w tej sumie stanowią ofiary społeczeństwa, które przenoszą 135 tysięcy złotych. Jeżeli chodzi o pracę ideową, panie, pracujące w Sekcji, przykładają do niej wielką wagę. Za każdą tygodniową swą obowiązkową wizytą na oddziałach wiele czasu poświęcają na rozmowę z chorymi, zawiadamianiu o załatwieniu ich zleceń, pokrzepiając, dodając otuchy i ugruntowując wpływ religijny przez dostarczanie pism religijnych, różańców, medalików i książeczek do nabożeństwa. Wielką przyjemność sprawiła chorym tegoroczna „Gwiazdka", która odbyła się 21 grudnia 1947 r. i 11 stycznia br. przy kolędach odśpiewanych przez Chór I Szkoły Zawodowej Żeńskiej pod kierunkiem prof. Anny Popielówny i przez Chór „Lutni" z dyrygentem prof. Franciszkiem Koniorem. Wszyscy chorzy, tj. 1250 osób, otrzymali po strucli, paczce słodyczy, nadto mężczyźni po 6 papierosów. Poza tym dzieci otrzymały zabawki. Tu podkreślić należy ofiarność Dyrekcji PKO, która przeznaczyła wydane przez siebie kalendarzyki na „Gwiazdkę" dla chorych. Nie można też przy tegorocznym sprawozdaniu pominąć dzieła Sekcji a mianowicie Stacji Noclegowej przy ul. Kopernika l. 32 dla biednych chorych zamiejscowych, oczekujących na przyjęcie ich do szpitala i leczących się ambulatoryjnie. Noclegi są bezpłatne, a chorzy są przyjmowani wyłącznie na zlecenie lekarzy szpitalnych. W roku sprawozdawczym osób nocujących było 1936, a noclegów udzielono 4.670. Cyfry podane są dowodem, jak tego rodzaju instytucja była potrzebną. Prowadzenie jej ze względu na korzystających ze Stacji ludzi, przeważnie zupełnie nieokrzesanych i cierpiących, jest wyjątkowo trudne. Do prosperowania Sekcji krakowskiej przyczyniają się przede wszystkim Dyrekcja Szpitala i panie, pracujące w Sekcji. Ułatwiają prace Sekcji Dyrekcja Szpitala, odnosząc się jak najprzychylniej do jej zadań, dając chętny posłuch staraniom Sekcji oraz panie, które współpracując z lekarzami, ci służą swoją wiedzą — one ofiarują chorym swe serca i zastępują im rodzinę w chwilach, gdy tego najbardziej potrzebują. W Szpitalu Wojskowym pomoc materialna była zbyteczna. Panie, odwiedzające żołnierzy, rozdawały pisma świeckie, religijne, papierosy, gry i dewocjonalia, starały się przy tym dobrym słowem i życzliwością wpłynąć dodatnio na chorych żołniedzy. Jak Sekcje szpitalne są potrzebne wskazuje rozwój założonych sekcyj w Zakopanem, w Nowym Sączu i w Kielcach. Wszystkie te sekcje stale powiększają swe agendy, o czym świadczą nadsyłane sprawozdania. Za Zarząd Sekcji Szpitalnej „Caritas" w Krakowie: Skarbniczka: Janina Rewilak. Przewodnicząca: Anna Starzewska.

Jak podano w Przeglądzie Lekarskim Nr 19 z roku 1947 została uruchomiona przy Państwowym Zakładzie Higieny dwuletnia Szkoła Asystentek Technicznych Państwowej Służby Zdrowia z działem Radiologiczno-fizyko-terapeutycznym, oraz Bakteriologiczno-chemicznym. Szkolenie jest bezpłatne a uczestnicy szkoły mogą być umieszczeni w bursie i otrzymać całodzienne utrzymanie na koszt Ministerstwa Zdrowia. Ilość uczestników na każdym dziale wynosić może 20 osób. Uruchomienie bursy napotkało na duże trudności ze względu na brak pomieszczeń. Początkowo dzięki przychylnemu stanowisku Dyrektora Szpitala św. Łazarza Dra Bellerta uczennice zostały pomieszczone tymczasowo w pomieszczeniach przynależnych do Szpitala św. Łazarza i korzystały ze stołówki szpitalnej. Następnie uzyskano z Ministerstwa Odbudowy przydział baraków. Po sprawdzeniu na miejscu jakości baraków sprowadzono je z Grodkowa za Opolem i przystąpiono do budowy wykorzystując do tego celu fundusze, przekazane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Państwowy Zakład Higieny. W dniu 6 lutego 1948 r. baraki mieszkalne zostały uruchomione i uczennice zamieszkały w nich. Baraki są ogrzewane centralnie a własna kuchnia pozwala na korzystanie na miejscu z posiłków. Pozostaje do postawienia i urządzenia barak szkoleniowy, w którym znajdą się sale wykładowe oraz pracownie, przede wszystkim zaś sala ćwiczeń z chemii ogólnej i chemii klinicznej oraz mikroskopii klinicznej. Wobec

uzyskania odpowiednich kredytów postawienie i uruchomienie tego baraku przewidywane jest w czerwcu b. r.

Jeden z najruchliwszych Oddziałów PCK. na terenie Okręgu Krakowskiego — Oddział w Chrzanowie podjął inicjatywę zorganizowania dziennego Internatu dla pozostającej bez opieki młodzieży szkolnej — zupełnych sierót, półsierót, lub dzieci, których oboje rodzice pracują poza domem. Inicjatywa ta — poparta wydatnie przez Powiatowy Komitet Pomocy Zimowej, Inspektorat Szkolny, Miejską Radę Narodową i Pow. Komitet Opieki Społ. została zrealizowaną — i 60 chłopców w wieku od 6—16 lat — korzysta dziś z opieki i pomocy w nauce. Niektórzy przychodzą rano przed nauką szkolną na śniadanie, następnie po nauce w godzinach południowych przychodzi młodzież na obiad. Od godziny 3—6 odbywa się pod nadzorem wychowawcy odrabianie lekcji. Czas wieczorny wypełniają gry i zabawy jak siatkówka, gimnastyka, musztra i śpiew. Od 8—9 wieczór kąpiel i wreszcie kolacja, po której młodzież starsza odprowadza swych młodszych kolegów do domów. Żywione początkowo obawy — czy element tak nieokiełzany— spędzający całe dnie na ulicy — da się pokierować — rozwiało kilkutygodniowe doświadczenie. Nauczycielstwo z uznaniem stwierdza dodatni wpływ tak na postępy w nauce jak i na zachowanie młodzieży, a poważni obywatele z przyjemnością podnoszą, że od czasu działalności Internatu na ulicach i zaułkach Chrzanowa zapanowała pożądana cisza. Akcją tą zainteresowało się także i Kuratorium Okręgu Szkolnego i przyrzekło finansową pomoc na jej rozwinięcie.

W wykonaniu programu pracy na 1948 r. zorganizował Okręg Krakowski przeszkolenie pracowników Biura Okręgu i Oddziału Krakowskiego oraz wszystkich zakładów i placówek PCK. w mieście Krakowie. Program kursu obejmuje trzy działy: przeszkolenie społeczno- polityczne — w którym są omawiane zagadnienia takie, jak doktryny polityczne, współczesne kierunki filozoficzne w Polsce, reforma rolna, gospodarka planowa, historia ruchu robotniczego w Polsce, zagadnienia kultury itp. Prelegentami dla tych zagadnień są wybitni znawcy, jak Prof. U. J. Marchlewski, Kurator Dr Stefan Białas, Prof. J. Sieradzki oraz jego asystent Dr Słomiński, Prof. Dr Konstanty Grzybowski, Poseł Adam Polewka, Prezydent miasta Dobrowolski, ob. Kozub z O. K. Z. Z. i inni. Drugą grupę programu wypełniają zagadnienia ideologii Czerwonokrzyskiej — jak cele, zadania, i historia Cz. K., podstawy prawne, ustrój i funkcje społeczne PCK., deklaracja ideowo-programowa PCK., PCK. w walce o pokój. Dział trzeci opiera się na programie kursów ratowniczo-sanitarnych. Ma on uzdolnić wszystkich pracowników PCK. do czynnej akcji ratowniczej na wypadek klęsk żywiołowych czy innej potrzeby. Wykłady na kursie odbywają się dwa razy tygodniowo w godzinach pracy od 8—9 rano. Dotychczas odbyły się dwa wykłady Dra Białasa o doktrynach politycznych, prof. Marchlewskiego o reformie rolnej i Dra Słomińskiego o współczesnych kierunkach filozoficznych w Polsce. Zainteresowanie wykładami bardzo żywe wyraża się w stałej frekwencji wszystkich pracowników, tak, że ilość słuchaczy na każdym wykładzie przekracza 130 osób.

W akcji szkolenia pomocniczego personelu sanitarnego, stanowiącej poważną bardzo pozycję w programie pokojowej działalności PCK., bierze też żywy udział i Okręg Krakowski. W bieżącym roku przeprowadzono dwa kursy. Pierwszy, na który przyjęto 51 uczennic, z czego 30 z miast i miasteczek, a 21 ze wsi — po trzymiesięcznej nauce teoretycznej, którą ukończyło już tylko 38 — odbywa obecnie praktykę w szpitalach krakowskich. Na kurs drugi rozpoczęty w maju uczęszcza 30 uczennic, z czego 12 z miast, 18 ze wsi. Kandydatek dostarczyły na oba kursy Oddziały PCK., Samopomoc Chłopska, Wici, OMTUR i Liga Kobiet. Część jeszcze kandydatek dały zgłoszenia indywidualne. Wszystkie kursistki mają ukończoną 7 kl. szkoły powszechnej. Danie im tylko zawodowej wiedzy z dziedziny pielęgniarstwa i pielęgnacji zdrowia — uznał Pełnomocnik Zarządu Głównego na Okręg Krakowski Kazimierz Badowski za niewystarczające przygotowanie do pełnienia społecznej roli przodownicy zdrowia. Dlatego podjęto obok przewidzianych w programie wykładów o zagadnieniach współczesnych, zorganizowanie świetlicy i tu ześrodkowano intensywną pracę wychowawczą prowadzoną przez Mgr. Jerzego Schäfera przez wykłady i pogadanki dyskusyjne na aktualne tematy — jak np.: odbudowa Polski i Europy, sytuacja międzynarodowa a pokój, problematyka dzisiejszej kobiety, rodzice a dzieci, znaczenie święta pracy, odbudowa ludowej Polski, co daje ustrój demokratyczny kobiecie pracującej itp. W świetlicy odbywa się też wspólne czytanie i omawianie gazet i utworów literackich zwłaszcza o tematyce wiejskiej i przy specjalnym uwzględnieniu pisarzy pochodzenia chłopskiego. Nadto życie świetlicy wypełnia zbiorowy śpiew, oraz przygotowanie programów urządzanych tam uroczystości. W niedzielę i święta zwiedzają kursistki pod przewodnictwem kierownika świetlicy zabytki Krakowa, bywają na odczytach a wreszcie bywają w teatrach i kinach, na przedstawieniach itd. W ten sposób dokształcane nasze Siostry Pogotowia wrócą na wieś o wiele bogatsze w wiadomości nie tylko fachowe, ale i ogólne i będą mogły spełnić rolę przodownicy nie tylko zdrowia, ale i postępu kulturalnego swoich ośrodków przyszłej pracy.

Polski Czerwony Krzyż, Okręg Krakowski, chcąc przyjść z pomocą chorym na astmę, założył i prowadzi w Szczawnicy od 1946 roku Sanatorium Przeciwastmatyczne. Szczawnicę wybrano dlatego, że jest to okolica, której łagodny podalpejski klimat specjalnie sprzyja leczeniu astmy, są tu źródła wód mineralnych o kolosalnych walorach leczniczych oraz urządzenia lecznicze Zakładu Zdrojowego. Jest to jedyne Sanatorium tego typu w Polsce. Pomieszczone w najpiękniejszej luksusowo budowanej willi „Pod Modrzewiami“ — na jednym z najwyższych wzgórz Zdroju Szczawnica w pobliżu Zakładu Zdrojowego i inhalatorium, daje możliwie najlepsze warunki leczenia. Inhalatorium Zakładu Zdrojowego czynne jest jednak tylko w sezonie letnim. W pozostałych miesiącach roku Sanatorium PCK. uruchamia własne inhalatorium zastępcze. Ponieważ bez inhalacji leczenie astmy jest prawie wykluczone, gdyż są one podstawą w jej leczeniu i na tym tle dopiero można rozwijać dalsze zabiegi, jak gimnastyka oddechowa itp., urządzenie własnego inhalatorium pozwala na leczenie chorych w Sanatorium przez cały rok. W leczeniu tym są stosowane również leczenia hydropatyczne, specjalnie hydropatia Zniniewicza, leczenie autoszczepionkami, głównie przy allergii pochodze-

nia bakteryjnego oraz leczenie dietetyczne, wstrząsy insulinowe itp. Dyrektorem Sanatorium jest Dr med. Laskowski, pod którego bezpośrednim kierownictwem stosowane są wszystkie zabiegi lecznicze. Sanatorium PCK. w Szczawnicy przeznaczone jest prawie wyłącznie dla rzesz pracujących. Rozszerzono je ostatnio do 120—150 łóżek przez donajęcie i urządzenie położonego w pobliżu willi „Pod Modrzewiami" budynku „Jakubówka". Podczas gdy w ubiegłym roku przebywało w Sanatorium ogółem 354 chorych, to w roku bieżącym od 1 lutego do końca maja było możliwym przyjęcie 210 chorych. Z tej liczby 201 pacjentów korzystało z minimalnych opłat ulgowych. Byli to chorzy kierowani do Sanatorium przez Ubezpieczalnie Społeczne, Polskie Koleje Państwowe i inne państwowe instytucje oraz podopieczni PCK. Pacjentów prywatnych opłacających pełną stawkę za pobyt było zaledwie 9-ciu. Napływające z całej Polski zgłoszenia chorych skierowanych do Sanatorium przez Ubezpieczalnie — wskazują — jak potrzebną dla świata pracy jest ta placówka PCK.

W miarę układania się warunków życia społecznego i politycznego, w miarę postępu odbudowy naszego państwa, dostosowuje swoją działalność Polski Czerwony Krzyż do najważniejszych potrzeb i wymagań państwa i społeczeństwa. A najważniejszym dziś zadaniem to podniesienie stanu zdrowotności powojennej ludności Polski, ludzi pracujących w mieście i na wsi. PCK. skierowuje też całą swoją działalność w tym właśnie kierunku. W zakresie sanitarnym Polski Czerwony Krzyż rozszerzył szkolenie i uświadamianie ludności przez prowadzenie kursów ratowników w zakładach pracy wszelkiego typu, szkoląc i uświadamiając świat pracy w ratownictwie sanitarnym i udzielaniu pierwszej potrzeby oraz zasadach życia higienicznego. Dla przykładu podamy, że w roku 1947 wyszkolono około 10.000 osób, z czego ze sfer pracowniczych 6.000, w pierwszym kwartale rb. na 40 kursach ratowników sanitarnych wyszkolono przeszło 2.000 osób ze świata pracującego. W celu jak najlepszego wychowania i opieki nad niemowlętami, przyszłymi obywatelami polskimi, przewidziano 200 kursów dla młodych matek pracujących. Polski Czerwony Krzyż bierze też wybitny udział w walce z chorobami społecznymi, a przede wszystkim z gruźlicą. W Sanatoriach Zakopanego i Otwocka poza podopiecznymi, około 50% stanu chorych, to robotnicy i inteligenci pracujący. W Sanatorium przeciwastmatycznym w Szczawnicy prawie 100% leczonych tam chorych — to pracownicy, skierowani tam na leczenie przez Ubezpieczalnie Społeczne. W Dzierżążnie prewentorium dla dzieci zagrożonych gruźlicą znajduje się stale około 600 dzieci ze sfer pracujących. W Rabce przede wszystkim świat pracowniczy Górnego Śląska leczy swoje dzieci. Tu powstaje budowane z funduszów społeczeństwa śląsko - dąbrowskiego, poza istniejącym już Sanatorium Okręgu Katowickiego na 160 dzieci, piękna instytucja — nowe sanatorium na 300 dzieci, które będzie zaopatrzone w najnowsze zdobycze lecznictwa współczesnego. W całorocznej Kolonii dla dzieci szkolnych w Przegorzałach pod Krakowem prawie wszystkie dzieci przesyłane tam przez władze szkolne — to dzieci pracujących rodziców. Na zlecenie Władz Państwowych Służby Zdrowia organizuje PCK. na terenie całej Polski Pogotowia Ratunkowe, które specjalnie mają swoje doniosłe znaczenie w ośrodkach przemysłowych, jak ośrodek przemysłu włókienniczego w Łodzi, Zagłębia węglowe na Górnym Śląsku i w Wałbrzychu, porty nasze w Gdańsku i Szczecinie, w których pracownicy są bardziej narażeni na wypadki przy pracy. Na terenie całej Polski czynnych jest obecnie 40 karetek pogotowia PCK. — które udzieliły pomocy w 1947 r. u ponad 6.000 chorych. Z prowadzonej od trzech lat, a rozbudowanej w roku bieżącym do 10 stacji przetaczania i konserwacji krwi, akcji krwiodawstwa korzysta przede wszystkim skrwawiony wypadkiem przy pracy robotnik chory, a potrzebujący leczenia krwią pracownik fizyczny i umysłowy. Także w zakresie swej działalności opiekuńczej w odniesieniu do świata pracy, Polski Czerwony Krzyż świadczy również i na rzecz zawodowych zakładów szkoleniowych, szczególnie młodzieżowych, mających na celu szkolenie kadr pracowniczych. Ta szeroka rozpiętość niesienia pomocy światu pracy jest wyrazem dążeń Polskiego Czerwonego Krzyża, dobrze zrozumiałego obowiązku służenia Polsce Odrodzonej na tych odcinkach, na których człowiek i jego zdrowie najbardziej tej służby potrzebuje.

W zachodniej części Londynu, w szpitalu „Queen Charlotte" czyli jednej z najnowocześniejszych londyńskich klinik kobiecych istnieje Urząd Mleka Ludzkiego, założony dla zbierania, przechowywania i rozdzielania mleka matek. Metoda ta zyskała takie uznanie, że i inne miasta zaczynają ją przyjmować; ostatnio m. Cardiff zorganizowało u siebie podobną instytucję. Urząd mleka ludzkiego przy szpitalu „Queen Charlotte" będzie w tym roku obchodził 10-lecie istnienia. Londyński urząd mleka ludzkiego zaczął swą działalność w r. 1938 jako eksperyment. Eksperyment ten udał się. Długie doświadczenie przyniosło najodpowiedniejsze metody badania, pasteuryzowania i konserwowania mleka. Urząd obsługuje tylko niektóre zachodnie dzielnice Londynu. Nowy „bank" mleczny w Cardiffie, założony przez władze miejskie na wzór londyńskiego, będzie rozsyłał ludzkie mleko również i do dalszych miejscowości. Wkrótce za tym przykładem pójdą i inne miasta Wielkiej Brytanii, a każdy nowo otwarty „bank" mleczny będzie stanowił dalszy krok w walce z śmiertelnością dziecięcą. (Eur. Corr.).

II wojna światowa przyniosła wśród wielu odkryć także pewne spostrzeżenia, dotyczące choroby morskiej. Względy wojskowe zmuszały do pewnych prób zapobiegania chorobie morskiej. Okazało się wg angielskich badań, że hyoscyna jest najlepszym w tym wypadku środkiem. Dawka 1,2 mg zapobiega chorobie morskiej w 73%, podczas gdy 1 mg atropiny tylko w 40%. (Europ. Corr.).

Z wodorostów wyrzucanych przez morze na brzegi Szkocji, Hebryd i Irlandii otrzymał E. C. Stanforth ciało nazwane kwasem alginowym. W czasie II wojny światowej poczęto używać tego ciała do produkcji środka zastępczego agaru oraz w farmacji. Z włókien tej substancji przędzi się gazę. W chirurgii zaczęto używać kwasu alginowego w r. 1941, przy czym okazało się, że posiada on działanie hemostatyczne. W r. 1944 zastosowano ten kwas w połączeniu z wapniem w leczeniu złamań kości a jako połączenie sodowe w gruźlicy. (Europ. Corr.).

Oddział Klimatyczny Rady Badań Lekarskich w Anglii rozwiązał pomyślnie w ostatnich czasach doniosłe zagad-

nienie higieniczno - sanitarne, mianowicie sprawę tzw. ubrania tropikalnego. Przy współpracy Instytutu Molteno w Cambridge udało się wyprodukować cienką, lekką tkaninę płócienną zwaną „Utility gabardine 3170“. Materiał ten odpowiednio reguluje tzw. ładunek cieplny ciała oraz jest odporny na komary, tj. chroni przed ukąszeniem przez nie. (Europ. Corr.).

W Chester (pn. Anglia), a potem w innych szpitalach dokonano tzw. wymiennej transfuzji krwi u niemowląt. Pozostaje ona w związku z grupą Rh, a polega na przetoczeniu dziecku 85% krwi odpowiedniego dawcy, co ratuje je przed śmiercią. Takie przetoczenie stosują we wskazanych przypadkach w 12—15h po urodzeniu.

Z badań amerykańskich wynika, że kobalt w czasie przeróbki w piecu atomowym nabiera właściwości radioaktywnych i jako taki okazuje się tanim surogatem radu przy leczeniu raka. Radioaktywne właściwości kobaltu trwają około 5 lat.

Należy do tradycji, niestarej wprawdzie, krakowskiej młodzieży lekarskiej, kończyć ostatnie dni swoich lekarskich studiów — uroczystą biesiadą, wspólnie z wszystkimi profesorami Wydziału Lekarskiego U. J., jako najmilszymi gośćmi. I w roku bieżącym tradycji stało się zadość — biesiada jednak nasza miała charakter uroczystszy niż zazwyczaj. W roku bowiem 1947—48 kończyli swoje lekarskie studia ci, którzy zaczęli je w roku szkolnym 1938—39. Po ukończeniu I roku lekarskich studiów przyszły czarne dni wrześniowej klęski i gromadka nasza rozsypała się po całym świecie. Obozy hitlerowskie, więzienia Gestapo, daleka droga od Lenino po Berlin, Tobrųk i Monte-Cassino, obrona dalekich wysp brytyjskich stały się etapami naszych wędrówek. Wielu z tej drogi nie wróci nigdy — i powtarzamy słowa poety:

„Więc niechże garść słów polskich,
Jak garść ojczystej ziemi,
Z oddali rzucę na nich,
Dłoniami tęskniącymi,
By duszą zmartwychwstali...“

Byli i tacy, którzy przybyli na nasz wydział „non ut sapiant, sed ut lucrentur“. Tym wojna otworzyła oczy na fakt, że medycyna nie istnieje dlatego tylko, ut medicus lucretur. Ci nie wrócili również. Wróciło nas około 40 (przed wojną było nas 140) — w mroźnym 1945 roku, kiedy w salach wykładowych nie było jednej szyby, kiedy ekipy nasze wyruszały na miasto zbierać zwłoki do ćwiczeń anatomicznych, kiedy na sali wykładowej odbywały się równocześnie wykłady i sekcje. Węgiel przynosiliśmy po parę kawałków, w teczkach, żeby choć imitacja płomienia rozgrzewała mroźne wnętrza. Ale grzał nas jeden żar. Palił nas jeden płomień — umiłowanie lekarskiej sztuki. Dołączyła się do nas grupa kolegów studentów tajnego Uniwersytetu Jagiellońskiego, tzw. „komplециarzy“ oraz nie mniej liczna grupa kolegów, którzy bądź swe studia zaczęli przed wojną na innych Uniwersytetach, bądź zaczęli je w czasie wojny na tajnym Uniw. Poznańskim, czy Warszawskim.

W mroźne dni kwietnia 1945 r. przygarnęła nas wszystkich miłosierna Alma Mater i mimo braków największych i niezwykłych trudności cały zespół profesorów, wykładowców i asystentów naszego Wydziału Lekarskiego postawił sobie za punkt honoru przekazać nam nie tylko taki sam zasób wiedzy i doświadczenia lekarskiego, jak przed wojną, ale bogatszy jeszcze we wszelkie zdobycze nauki obcej, która tyle osiągnąć potrafiła w ostatnich latach. Toteż, gdy 12. VI. 1948 zebraliśmy się w wielkiej sali hotelu „Grand“, na uroczystą biesiadę, kol. Jabłkowski, który witał przybyłych gości — już w pierwszych słowach złożył podziękowania całemu gronu nauczycielskiemu Wydziału Lekarskiego U. J., w imieniu nas wszystkich, za umożliwienie nam rozpoczęcia i ukończenia naszych studiów. W odpowiedzi zabrał głos Jego Magnificencja Rektor Walter. Najpierw przemówił w pełni dostojeństwa swego urzędu. Tak, jak Rektor przemawia do studentów, stwierdzając, że między Rektoratem a nami panowała zawsze pełna harmonia, że rzadko bywało, by lekarskie studia kończył zespół ludzi tak dojrzałych i świadomych swego powołania.

I tu przemówił Jego Magnificencja, jak starszy Kolega, o zawodzie naszym, o kierującej roli lekarza w społeczeństwie, o ofierze ze zdrowia swego i szczęścia, którą lekarz dla dobra ogólnego składa. Mówił o nieprzespanych nocach na chłopskich wózkach na wyboistych polskich drogach, o nieustannym trudzie i wysiłku, który lekarz w swój zawód wkłada, wnosząc wzamian w swój dom — szkarlatynę i odrę. O trudnościach, z którymi walczyć muszą nasze koleżanki w wykonywaniu swego zawodu. Mówił o tym, że cały Wydział Lekarski U. J. starał się nas tak przygotować, byśmy lekarskie swoje obowiązki wypełniać mogli. I tu przypomniał sobie Jego Magnificencja swoje lata studenckie i przemówił do nas już nie jako Rektor Magnificencja, nie jako starszy i poważany Kolega, ale jak Ojciec i Przyjaciel. Mówił o czasie, który ucieka, o młodości, która przemija, a którą trzeba zrozumieć i z której darów trzeba czerpać pełną garścią. „Zawód nasz nie daje czasem bezpośredniego zadowolenia lub efektów, ale daje poczucie spełnionego dobrze obowiązku, a to właśnie stanowi szczęście i tego szczęścia Wam życzę“ — zakończył Jego Magnificencja. Odpowiedział Mu krótko kolega Jabłkowski, a następnie słów parę o roli lekarza w nowej rzeczywistości, w społecznej służbie zdrowia, w walce o byt całego naszego narodu powiedział p. Dziekan Wydziału Lekarskiego Prof. dr Skowron. W imieniu studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego złożył życzenia absolwentom prof. U. W. dr Grzybowski i wzamian podobne braterskie pozdrowienia dla naszych kolegów warszawskich zostały za Jego pośrednictwem przesłane. I tę oficjalną ściśle część zakończyliśmy naszą starą studencką pieśnią „Gaudeamus igitur“. I jeżeli dziwiło Jego Magnificencję, żeśmy jej pełny tekst odśpiewali, to muszę stać się tutaj niedyskretnym i zdradzić, że w obawie, by nie znalazł się ani jeden kolega, który tej pieśni nie zna, powieliliśmy jej tekst tak, że każdy go otrzymał, a nadto mianowaliśmy generalnego korepetytora chóru (kol. Dronka), który miał prawo o każdej porze dnia i nocy pytać każdego, czy już umie „Gaudeamus“ na pamięć. Obowiązki nie pozwoliły niestety Magnificencji brać dalszego udziału w naszej uroczystości. Nastrój był pełen koleżeńskiego entuzjazmu i przyjaźni. Kol. Bednarz przypomniał o studiach w okresie konspiracji, krótko przemawiał kol. Maciejak. Prof. Kowalczykowa życzyła — mimo wszystko — szczęścia, a prof. Rogalski, który powiedział „nie mam wroga w tej sali, bo nikogo nie egzaminowałem, ani nie „ulałem“, radził obchodzić się z medycyną ostrożnie i nie dać się przez nią opano-

wać. W pogodnej atmosferze, w przyjacielskich rozmowach z naszymi profesorami, tradycyjna nasza uroczystość dobiegła końca. Zakończyła ją również tradycyjna zabawa taneczna. Tradycji stało się zadość — ale nie tylko w formie biesiadnej naszej uroczystości — stanie się również tradycji zadość, że tak, jak to się już od 600 lat dzieje, mury naszej Wszechnicy Jagiellońskiej opuszczą lekarze świadomi swego powołania, swego posłannictwa społecznego, rozumiejący głębokie słowa Mojżesza Majmonidesa z Kordoby: „Napełnij Boże duszę moją miłością do sztuki mojej i do wszystkich stworzeń. Nie dopuść, aby chęć zysku, albo poszukiwanie sławy wpływały na wykonywanie mego zawodu... Wzmagaj Boże siłę mego serca, by zawsze gotowe było służyć biednemu i bogatemu, przyjacielowi i wrogowi, złemu lub dobremu. Spraw, bym w człowieku widział jedynie istotę cierpiącą. Niech umysł mój zachowa jasność u łoża chorego, niech go żadna obca myśl nie rozrywa, by obecnem w nim było wszystko, co objawiły mu wiedza i doświadczenie... Uczyń, by chorzy moi mieli zaufanie do mnie i do sztuki mojej... Spraw niech ukochanie sztuki mojej strzeże mnie, jak zbroja, ażebym mógł wytrwać w prawdzie, nie dbając na rozgłos i na wielu mych wrogów. Uczyń mnie wstrzemięźliwym we wszystkim, ale nienasyconym w zdobywaniu wiedzy".

A. Dłużniewski

KOMUNIKATY:

Miejski Komitet Odbudowy m. st. Warszawy w Krakowie przy zamykaniu książek rachunkowych za rok 1947 stwierdził, że cały szereg członków należących do Izby Lekarskiej nie wywiązał się ze swego obowiązku i nie uiścił przypadających na nich opłat na rzecz odbudowy Stolicy. Liczymy, że Izba Lekarska zechce wywrzeć odpowiedni nacisk na swoich członków, by jak największa ilość płatników wywiązała się ze swego obowiązku. Wszelkich informacji i potrzebnych danych udziela biuro Miejskiego Komitetu Odbudowy Stolicy w Krakowie ul. Szpitalna 15 w budynku K. K. O. godziny urzędowe od 9-tej do 15-tej tel. 509-62. Dla informacji podajemy konto bankowe w P. K. O. IV-1561. w K. K. O. m. Krakowa Nr 51241.

Wojewódzka Rada Narodowa w Rzeszowie zwraca się z uprzejmą prośbą o skierowanie do tutejszego Województwa przynajmniej czterech lekarzy do objęcia stanowisk w powiatach (Lesko, Krosno, Lubaczów, Jasło i ewent. Przemyśl (Bircza), w których to miejscowościach daje się dotkliwie odczuć brak lekarzy. Lekarze ci będą mieli zapewnione mieszkanie i dostateczne wynagrodzenie, a na początek otrzymają zapomogę osiedleńczą w kwocie 50.000 do 100.000 zł. Nadmienia się, że na cały powiat Lesko jest tylko jeden lekarz, który obsługuje wszystkie powiatowe instytucje. Nowo osiedlający się tu lekarz otrzyma posadę w Ubezpieczalni Społecznej, lekarza miejskiego, Urzędu Bezpieczeństwa i w Ośrodku Zdrowia z płacą nie niższą, niż 50.000 miesięcznie, a nadto, o ile mu czas pozwoli, będzie mógł i prywatnie praktykować. W Krośnie jest do objęcia stanowisko ordynatora chorób wewnętrznych w szpitalu powiatowym (200-łóżkowym). W Lubaczowie stanowisko lekarza powiatowego i Ubezpieczalni Społecznej oraz Ośrodka Zdrowia, W Żmigrodzie Nowym, pow. Jasło, stanowisko lekarza kierownika Ośrodka Zdrowia, lek. Ubezpieczalni Społecznej i inne (nie ma tam obecnie żadnego lekarza w promieniu 20 km). Jest też do objęcia kilka innych stanowisk w ośrodkach zdrowia, ubezpieczalniach i lekarzy miejskich.

REDAKCJA OTRZYMAŁA:

The Medical and Dental Bulletin. No 3. 1948.

*

Serbski Archiw. Nr 1. 1948.

*

A. M e r i n g: Domowy wyrób moszczów pitnych. Wyd. „Hasła Ogrodniczo-Rolniczego", Tarnów 1947.

*

Hasło Ogrodniczo-Rolnicze. Nr 5—6. 1948.

Journal of the National Cancer Institute-National Institute of Health Volume 1, 1940 No 1—3.

Journal of the National Cancer Institute-National Institute of Health Volume 2, 1941 No 1—6.

Journal of the National Cancer Institute-National Institute of Health Volume 3, 1432 No 1—6.

Journal of the National Cancer Institute-National Institute of Health Volume 4, 1943 No 1—5.

Journal of the National Cancer Institute-National Institute of Health Volume 5, 1944 No 1—6.

Journal of the National Cancer Institute-National Institute of Health Volume 6, 1945 No 1—6.

Journal of the National Cancer Institute-National Institute of Health Volume 7, 1946 No 1, 2, 3, 4, 6.

R. L. B e a l s, C h e r á n: A. Sierra Tarascan Village-Smithsonian Institution — 1946.

R. L. B e a l s, P. C a r r a s c o, T. Mc C o r k l e: House and House Usa of the Sierra Tarascans, Smithsonian Institution — 1944.

F. M. S e t z l e r, J. D. J e n n i n g s: Peachtree Mound And Village Site, Cherokee County North Carolina-Smithsonian Institution — 1941.

P. D r u c k e r: Ceramic Sequences at Tres Zapotes, Veracruz, Mexico-Smithsonian Institution — 1943.

M. W. S t i r l i n g: Origin Myth Of Acoma and Other Records-Smithsonian Institution — 1942.

W. J o n e s: Etnography Of The Fox Indians-Smithsonian Institution — 1939.

R. L. B e a l s: The Contemporary Culture Of The Cahita Indians-Smithsonian Institution — 1945.

J. H. S t e w a r d: Basin-Plateau Aboriginal Sociopolitical Groups-Smithsonian Institution — 1938.

R. W. W e d e l: Archeological Investigations At Buena Vista Lake Kern County, California-Smithsonian Institution 1941.

J. R. S w a n t o n: The Indians Of The Southeastern United States-Smithsonian Institution — 1946.

J. R. S w a n t o n: Source Material On The History And Athnology Of The Caddo Indians-Smithsonian Institution — 1942.

W. S. W e b b, D. L. De J a r n e t t e: An Archeological Survey Of Pickwick Basin In The Adjacent Portions Of The States of Alabama, Missisipi And Tennessee-Smithsonian Institution — 1942.

F. H. R o b e r t s: Archeological Remains In The Whitewater District Eastern Arizona - Smithsonian Institution — 1940.

F. D e n s m o r e: Nootka And Quileute Music-Smithsonian Institution — 1939.

W PAŃSTWOWYM SANATORIUM DLA PŁUCNO-CHORYCH W PRABUTACH
(Województwo Olsztyńskie)

wakują posady lekarzy ordynatorów-ftizjologów, lekarza-rentgenologa, lekarza-bakteriologa, lekarzy-asystentów, pielęgniarek, laboranta (tki) oraz technika-rentgenologicznego.

Uposażenie według tabeli płac ustalonej przez Ministra Zdrowia dla pracowników Służby Zdrowia (Okólnik Nr 32/47 z dn. 5. VIII. 1947).

40% dodatek sanatoryjny i 25% interwencyjny w Prabutach.

Dodatkowe świadczenia dla pracowników posiadających dzieci na swym utrzymaniu.

Mieszkania zapewnione.

Zgłoszenia wraz z odpisami dokumentów należy kierować: Dyrekcja Państwowego Sanatorium dla płucno-chorych w Prabutach, W-wo Olsztyńskie.

DYREKTOR SANATORIUM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE

zawiadamia, że w **Zakładach Leczenia Gruźlicy w Bukowcu koło Kowar na Dolnym Śląsku** wakują stanowiska:

8 ordynatorów ftizjologów
8 lekarzy asystentów.

Ubiegający się o powyższe stanowiska lekarze winni przedłożyć następujące dokumenty w oryginale lub odpisie:

1) podanie
2) życiorys
3) dyplom lekarski
4) prawo wykonywania praktyki lekarskiej
5) ewent. zaświadczenia z poprzedniej pracy.

Warunki pracy i płacy ustalone będą zgodnie z wytycznymi dla lekarzy, zatrudnionych w zakładach leczniczych instytucji ubezpieczeń społecznych.

Zgłoszenia wraz z dokumentami można nadsyłać do dnia 1 sierpnia br. pod adresem: Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie, ul. Czerniakowska 231, pokój 413.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie

SZPITAL MIEJSKI W BYTOMIU

zaangażuje

2 młodszych asystentów na oddział wewnętrzny i pediatryczny. — Warunki: mieszkanie, stołówka, uposażenie miesięczne około 15.000 zł.

Zgłoszenia przyjmuje Dyrekcja Szpitala Miejskiego w Bytomiu.

Dyrektor Szpitala.

KONKURS
UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TARNOWIE

ogłasza konkurs na stanowiska:

1) 2 lekarzy internistów (pełny rejon w Tarnowie i 1 lekarza na 3 godz. dziennie w Kłaju,
2) 1 lekarza ginekologa
3) 1 lekarza chirurga (chirurgia ambulatoryjna).

Podania należy składać do dnia 31. VII. br. do Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie wraz z dokumentami.

Dyrekcja Ubezp. Społecznej w Tarnowie

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE

ogłasza konkurs na objęcie stanowiska dyrektora i ordynatora:

1) w Sanatorium Przeciwgruźliczym dla dzieci w Olsztynku na Pomorzu Zachodnim prowadzonym na 220 łóżek,
2) w Sanatorium Przeciwgruźliczym dla dorosłych w Wodzisławiu na Górnym Śląsku prowadzonym na 200 łóżek,
3) w Prewentorium dla dzieci w Ryjewie koło Tczewa, prowadzonym na 150 łóżek.

Ubiegający się o powyższe stanowiska lekarze specjaliści ftizjolodzy, posiadający praktykę w zakresie administrowania zakładem leczniczym, winni przedłożyć następujące dokumenty:

1) podanie
2) życiorys
3) dyplom lekarski
4) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej
5) ewent. zaświadczenie z poprzedniej pracy.

Warunki pracy i płacy ustalone będą, zgodnie z wytycznymi dla lekarzy, zatrudnionych w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

Zgłoszenia wraz z dokumentami należy złożyć do dn. 15. VIII. 48 r. pod adresem: Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie, ul. Czerniakowska 231, pokój 413.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH w Warszawie

WYDZIAŁ SZPITALNICTWA RESORTU ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE

poszukuje

lekarzy chirurgów i internistów na stanowiska lekarzy dyżurnych w Pogotowiu Ratunkowym m. st. Warszawy. — Warunki pracy — do omówienia.

Zgłoszenia z podaniem życiorysu i przebiegu dotychczasowej pracy należy kierować bezpośrednio do Pogotowia Ratunkowego m. st. Warszawy, ul. Hoża 41. Zgłoszenia osobiste w godz. 12—13.

Drukarnia Nr 3 Spółdzielni Wydawniczej „Wiedza" Kraków, Orzeszkowej 7. Nr. zam.: 259 — 2.500 — 7. VI. 48 — M — 45068